DR. L. KATZNER. LWÓW.

WYKONANIE MOSTKÓW ZŁOTYCH SPOSOBEM OSZCZĘDNOŚCIOWYM [1]).

Economie d'or dans les bridges en or coulé.

Impuls do wykonania zębów złotyoh wedle niżej podanego sposobu dała okoliczność, że złoto u nas znacznie podrożało a ogół ludności z powodu dewaluacji pieniądza zbiedniał. Zależało mi więc na tem, aby obmyślić sposób, któryby umożliwił wykonanie mostków lege artis przy znacznie mniejszych kosztach materjału niż dotychczas. Te tańsze mostki miały zatrzymać wszelkie właściwości mostków wykonanych w sposób najdroższy a mianowicie: 1. nieszkodliwość dla zdrowia; 2. najwyższa wytrzymałość.

Jeszcze przed wojną starano się zaoszczędzić materjał w ten sposób, że wykonywano t. zw. zęby dęte. Ten sposób nie jest dobry, gdyż wielki procent tak wykonanych mostów pęka, albo powstają małe nadpęknięcia i dziureczki. Przez te otwory dostaje się do próżnych zębów pokarm, który ulega rozkładowi i staje się siedliskiem dla bakterji. Następstwem tego jest foetor ex ore i skutki niekorzystne dla zdrowia. Te nadpęknięcia drobne i otworki są gorsze niż zupełne pęknięcie, bo pacjent o nich nie wie, albo, jak się to dzieje po największej części, nie przypisuje temu żadnego znaczenia. Co do zębów lanych, to koszt jest znacznie wyższy i one też wykazują pewien procent niepowodzeń z powodu kruchości lanego metalu.

Zęby wykonane wedle mojego sposobu są nietylko mocniejsze, ale też znacznie tańsze. Doszedłem do tego nietylko na podstawie rozumowania, ale przekonałem się o tem także z przeszło czteroletniego doświadczenia. Przy znacznej ilości wykonanych mostków nie miałem ani jednego wypadku pęknięcia.

Zasada mojej metody polega na tem, że kombinuję złoto z randolfem w ten sposób, że mostek odpowiada wszelkim wymogom teoretycznym i praktycznym.

Wykonanie dzieli się na 5 faz (patrz ryc. str. 2).

1. Wytłaczam zęby znanym sposobem. Przy modelowaniu zębów zważam, żeby ściana językowa zębów trzonowych małych i dużych tworzyła z powierzchnią żucia kąt nieco rozwarty, powód tego podam niżej (3).

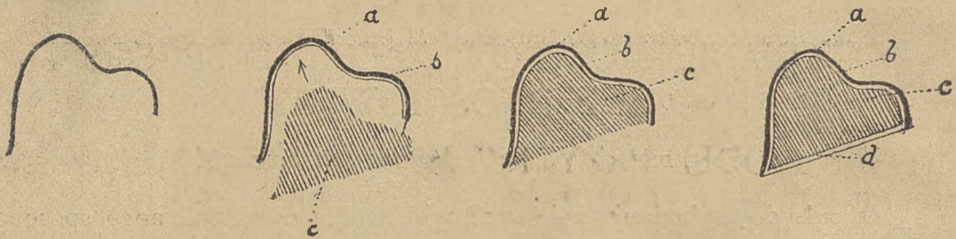
2. Pokrywam wewnętrzną powierzchnię wytłoczonego zęba cienką warstwą łączna, które ma ważyć mniej więcej $1\frac{1}{2}$ razy tyle, co blacha wytłoczona. Należy używać łączna łatwo topliwego.

3. Wykonanie t. zw. przezemnie „jądra zębowego“ z randolfu. Czynię to w ten sposób, że wciskam wosk do wytłoczonego zęba, wewnątrz.

---

[1]) Wykład zgłoszony na I. Polski Zjazd dent. Lwów, lipiec 1923.

zwilżonego wodą albo natłuszczonego. Wosk daje się z łatwością wyjąć nawet przy zębach trzonowych, gdyż ściana językowa tworzy z powierzchnią żucia kąt rozwarty. Model woskowy wylewamy następnie z randolfu.



1. 2. 3. 4.

1. Przekrój poprzeczny przez części zgryzową i przednią, wytłoczoną z blachy.
2. To samo (*a*) po wypełnieniu łącznem (*b*); wkładka z randolfu (*c*).
3. „*a*" i „*c*" spojone łącznem (*b*).
4. Powierzchnla dodziąsłowa pokryta łącznem (d).

4. Wylany randolf dostosowujemy do części wytłoczonej zęba, już wzmocnionej łącznem. Następnie przez ogrzanie następuje złączenie się blachy z jądrem randolfowem na całej powierzchni.

5. W ostatniej fazie następuje złączenie członów z koronami i równoczesne pokrycie wolnej powierzchni randolfu łącznem wysoko-karatowem. Należy używać łączna kadmowego, topiącego się przy znacznie niższej temperaturze, niż złoto tej samej próby. Można więc używać łączna kadmowego 20 próby, mimo, że randolf topi się już wedle podań fabryki przy temperaturze topienia złota 18 próby.

Dodać chcę nawiasowo, że próbowałem wpierw innego sposobu, a mianowicie wlewania randolfu wprost do wytłoczonej blachy złotej, ale wynik był ujemny, gdyż we wszystkich próbach nastąpiło częściowe lub zupełne stopienie się złota. Natomiast udał mi się ten sposób przy wlewaniu złota do platyny.

Zęby wykonane w podany wyżej sposób odpowiadają wymogom: są nieszkodliwe dla zdrowia, gdyż cała powierzchnia zęba jest pokryta grubą warstwą złota o wysokiej próbie i są bardzo mocne z 3 powodów:

a) że nie oszczędzamy na materjale;

b) że część laną kruchą wzmacniamy dwiema jeszcze warstwami, warstwą tłoczoną wzmocnioną łącznem, która nadaje zębom znaczną wytrzymałość i warstwą łączna, której używamy do pokrycia wolnej powierzchni randolfu;

c) z powodu właściwości, że części metalowe składające się ze złączonych warstw są mocniejsze niż metal tej samej objętości i tej samej wagi o jednej warstwie.

Różnica na materjale złotym jest znaczna, gdyż potrzeba tylko $^1/_3$ części złota potrzebnej przy robotach lanych z czystego złota.

Mamy więc tu sposób wykonania mostków, który przewyższa co do wytrzymałości wszystkie dotychczas znane sposoby przy redukcji wydatków na złoto na jedną trzecią część. Ma to wielkie znaczenie dla zdrowotności społecznej, gdyż umożliwia i mniej zamożnym uzupełnienie brakujących zębów w sposób mostkowy za cenę przystępną.

Z Instytutu dentystycznego Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

ANTONI CIESZYŃSKI. LWÓW.

NOWY MODEL PRZYTRZYMYWACZA DO FILMÓW PRZY ZDJĘCIACH INTRAORALNYCH DOLNYCH ZĘBÓW [1].

Noveau modèle de porte-filme pour roentgenographie intraorale.

W r. 1907 podałem szereg modeli przytrzymywaczy do filmów. Dwa z nich (jeden do zdjęć górnych zębów z balonikiem nadymanym powietrzem dla zdjęć górnych zębów, oraz drugi siodełkowy z rączką) wyrabiała przed wojną firma Reiniger Gebbert und Schall w Erlandze.

Przytrzymywacz do górnych zębów zarzuciłem z biegiem czasu zupełnie, powracając do najbardziej prymitywnego sposobu przytrzymywania filmu palcem pacjenta. Przytem należy polecić choremu po ułożeniu filmu w ustach, zawrzeć szczęki i oprzeć zęby na wielkim palcu przytrzymującym film. W ten sposób osiągamy ustalenie filmu najpewniejsze i unikamy przesunięcia jego nawet przy dłuższej ekspozycji.

Poprawnych zdjęć w szczęce dolnej nie możemy osiągnąć bez przytrzymywacza, o ile zależy nam na zdjęciu na filmie przylegającym do wyrostka zębodołowego. Dlatego też odpowiedni przyrząd okazał się nadal niezbędnym.

Pierwotny swój model dawnego przytrzymywacza wyrabiany fabrycznie przez firmę Reiniger, Gebbert & Schall, ulepszyłem w r. 1915, nadając mu kształt widoczny w ryc. 1.

Zasadę samą ustalenia filmu zapomocą zgryzu zatrzymałem przytem, upraszczając tylko jego konstrukcję tak dalece, że może być wykonany w każdej pracowni techniczno-dentystycznej.

Przyrząd ten składa się z 3 części: z rusztowania, siodełka zgryzowego, korka zgryzowego i rączki.

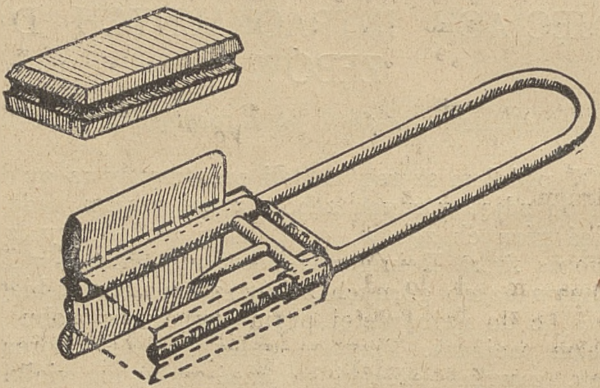
Rusztowanie siodełka składa się z dwóch rurek, jednej dłuższej i drugiej krótszej, zlutowanych ze sobą poprzeczką. W poprzeczce przylutowany jest wystający kolec, służący do lepszego wszczepienia korka zgryzowego.

Do dłuższej rurki przylutowane jest skrzydełko czyli płytka, w którą wsuwa się film. Korek przycinamy ze zwykłego większego korka ostrym nożem, nadając mu kształt podobny jak rycinie i wsuwamy go w rusztowanie metalowe.

[1]) Pokaz na I. Polskim Zjeździe lekarzy-dentystów we Lwowie, 28. lipca 1923.

Te dwie części stanowią główne części przytrzymywacza, ustalającego film w ustach. Założenie przytrzymywacza w ustach ułatwia rączka, wygięta z drutu o grubości odpowiadającej światłu rurek rusztowania. Rączkę tę możemy założyć z jednej lub drugiej strony siodełka; w ten sposób służyć nam może przyrząd do zdjęć po obu stronach bocznych lub w odcinku przednim dolnej szczęki.

Po owinięciu filmu (o wymiarach 3×4 *cm* lub $3^1/_2 \times 5$ *cm*) w podwójny papier czarny i papier woskowany nieprzemakalny lub włożeniu go w torebkę gumową zakładamy go w skrzydło przytrzymywacza.



Ryc. 1. Przytrzymywacz do filmów przy zdjęciach dolnych zębów: *a)* rusztowanie, *b)* kolec w poprzeczce, *c)* skrzydełko przytrzymujące film, *d)* korek zgryzowy, *e)* rączka.

Przy bocznych zdjęciach należy zważać na to, by siodełko założono w szczękach w okolicy pierwszego trzonowca. Włożyć więc należy film w ten sposób, by $^2/_3$ filmu ujęte były skrzydełkiem, $^1/_3$ wystawała poza skrzydełko ku tyłowi, mianowicie jeżeli chodzi o zdjęcie zęba mądrości.

Zakładając n. p. przytrzymywacz po lewej stronie dolnej, ujmujemy rączkę prawą ręką, nadając najsamprzód filmowi ułożenie poziome celem łatwiejszego założenia go w ustach i wprowadzamy przyrząd do rozwartych szczęk. Palec wskazujący lewej ręki kładziemy w ustach na skrzydełku i obracamy przytrzymywacz, ustawiając film pionowo między językiem a wyrostkiem zębodołowym, pokonując opór stawiany przez język i dno jamy ustnej i przyciskamy skrzydełko z filmem do wyrostka zębodołowego. Poczem poleca się pacjentowi zawrzeć zęby, które, gryząc na korek, ustalają przyrząd z filmem w ustach nieruchomie.

Ustalenie filmu w ten sposób podczas zdjęcia jest choremu mniej przykre, aniżeli jakakolwiek inna metoda, a przedewszystkiem palcem bądźto roentgenologa, bądźto chorego samego. Przy ustaleniu bowiem filmu ręką bez przyrządu obliczyć nie możemy dokładnie potrzebnej siły; przeważnie nie uzyskujemy przy tym sposobie dość nisko okolicy pozaszczytowej; nacisk zaś wywierany przez palec przy zdjęciach dolnych jest bardzo przykry i wywołuje łatwo dławienie się chorego.

Mimoto jeszcze w ubiegłym roku poleca tę zarzuconą od dawna metodę *Simpson*. Inni autorowie bądźto niemieccy, bądźteż amerykańscy,

o ile się nie posługują moim oryginalnym modelem z r. 1907, używają przytrzymywaczy wzorowanych na moich modelach.

Tak wzorował się *Hauptmayer* (1915) na moim prymitywnym przytrzymywaczu z r. 1907, który przykroiłem sobie z korka tworząc siodełko, a zakładając w niego odpowiednio wygiętą szpilkę od włosów. Zamiast szpilki użył *Hauptmayer* ołowianej blaszki, zakładając ją w korek, zaopatrzony w rowek.

Ten sam wzór użył *H. Raper* w roku 1923, okalając korek ramką, w którą wśrubował płytkę z elastycznego kauczuku. Modele te bez rączki zakłada się w ustach znacznie trudniej, aniżeli siodełka złączone rączką. Według modelu mego z r. 1907 z rączką skonstruował *Dorr* przytrzymywacz analogiczny całkowicie z metalu również z wysuwalną rączką, celem zakładania jej z jednej lub drugiej strony cienkiego metalowego siodełka.

Cienkie metalowe siodełko, służące za płytkę zgryzową ma tę ujemną stronę, że zaciemnia przy zdjęciu korony zębów, rzucając cień na nie. Dlatego tak przy modelu swym z r. 1907 jak i ostatnim wykonałem siodełko przytrzymywacza z korku, przez które przechodzą promienie roentgenowskie, nie pozostawiając cienia.

Zasadę mego przytrzymywacza uniwersalnego z r. 1907 ze stawem kulkowym, służącym tak do zdjęć górnych jak i dolnych, składającego się ze skrzydełka i rączki bez siodełka, zużył *Leech* do swoich przytrzymywaczy, wygiętych z drutu. Ponieważ *Leecha* przytrzymywacze mają rączki nieruchomo złączone z skrzydełkiem drucianem dla filmu, musiał autor ten skonstruować aż 3 modele, któreby zastąpiły staw kulkowy mego modelu.

Model z r. 1915 opisany powyżej stanowi obecnie udoskonalony przytrzymywacz do zdjęć intraoralnych w dolnych szczękach. Wyjaławia się go wygotowaniem.

PIŚMIENNICTWO.

1. *Cieszyński.* Beiträge zur Technik bei Zahnaufnahmen mittels Roentgenstrahlen. Neue Filmhalter. Corr. f. Z. **37.** 1907.
2. *Cieszyński.* Verbesserte Modelle von Filmhaltern für Zahnaufnahmen mittels Roentgenstrahlen. Deutsche zahnärztl. Wochenschrift. 1909. Aug.
3. *Cieszyński.* Die Roentgenuntersuchung der Zähne und d. Kiefer. Leipzig. Ambrosius Barth. 1913.
4. *Mc. Coy J. D.* Dental and oral Radiography. III. Ed. Mosby Comp. 1922. (Przytrzymywacze *Leech'a* i *Dorra*).
5. *Hauptmayer* zob. *Misch* u. *Rumpel.* Kriegsvereltzungen der Kiefer. Berlin 1916. p. 161.
6. *Raper Hovard.* Rational Radiodontic Technique (Intraoral). The Intern. Journ. of Orthod., Oral. Surg. a. Radiol. 1923. Aug. p. 628.
7. *Simpson O. Cl.* The technic of oral radiography. Int. Journ. ot Orth. O. S. a Radiogr. **9.** 1923. Nr. 1—5.

Ujednostajnienie studjów stomatologicznych.

Związek dentystów przynależnych do Izby Lekarskiej Lwowskiej uchwalił na posiedzeniu plenarnem dnia 13. listopada 1923 jednomyślnie następującą rezolucję:

Zważywszy, że nauka dentystyki stanowić musi integralną część składową studjum lekarskiego, by móc wykształcić zastęp należycie i wszechstronnie wykształconych lekarzy dentystów (stomatologów), mogących sprostać zadaniom praktycznego wykonawstwa swego zawodu i zapewniających rozwój dentystyki polskiej, idący w parze z ogólnym postępem medycyny, zebrani dnia 13. listopada 1923;

1. przyłączają się w zupełności do uchwał Pierwszego Polskiego Naukowego Zjazdu Dentystycznego we Lwowie w lipcu 1923 (patrz P. D. I. 1923 J. 453.) tudzież do rezolucji Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego z dnia 9. listopada 1923 (patrz niżej),

2. wypowiadają się za bezwzględną koniecznością jak najrychlejszej przemiany „Państwowego Instytutu Dentystycznego" w Warszawie, którego zadanie likwidatorskie w pełni zostało spełnione, w Klinikę Stomatologiczną Uwiwersytetu Warszawskiego.

3. oświadczają się jak najkategoryczniej przeciwko wszelkim projektom petryfikacji odrębnej uczelni dentystycznej, jaką przedstawia „Państwowy Instytut Dentystyczny", czyto w formie „akademji", czyto w jakiejkolwiek innej,

4. popierają najgoręcej postulat I. Polskiego Zjazdu Dentystycznego utworzenia katedr stomatologicznych, postawionych na poziomie współczesnych wymogów nauki dentystycznej, w tych wszechnicach polskich, gdzie ich dotychczas brak,

5. postanawiają:

a) przesłać tę uchwałę do Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego z prośbą o bezzwłoczne wprowadzenie powyższych postulatów w życie,

b) podać ją do wiadomości Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jana Kazimierza i Izby Lekarskiej Lwowskiej z prośbą o zajęcie stanowiska i poparcie sprawy,

c) ogłosić ją w polskich pismach dentystycznych i ogólno-lekarskich.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie, zebrane dnia 9. listopada 1923 na plenarnem posiedzeniu, uchwaliło jednomyślnie następującą rezolucję:

Zważywszy, że nauka dentystyki (stomatologji) jest nieodłączną częścią nauk lekarskich i że wyodrębnianie jej w jakiejkolwiek formie z całokształtu uniwersyteckiej nauki lekarskiej jest niedopuszczalne, zebrani dnia 9. listopada 1923, uznając w całej pełni słuszność rezolucji Pierwszego Polskiego Naukowego Zjazdu Dentystycznego we Lwowie w lipcu 1923,

1. przyłączają się do niej, stając na stanowisku, że szkoła dentystyczna poza uniwersyteckim Wydziałem lekarskim w jakiejkolwiek formie jest nietylko błędną, lecz wręcz szkodliwą,

2. oświadczają się w imię dobra nauki, równoznacznego z dobrem ogółu, za koniecznością jak najrychlejszej przemiany dotychczasowego Państwowego Instytutu Dentystycznego w Warszawie w Katedrę Stomatologji Uniwersytetu Warszawskiego,

3. postanawiają:

a) przesłać tę uchwałę do Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, tudzież do innych kompetentnych czynników ustawodawczych i wykonawczych z preśbą o bezzwłoczne wprowadzenie postulatu powyższego w życie,

b) zwrócić się do Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jana Kazimierza z prośbą o poparcie wyrażonego postulatu,

c) przesłać ją pokrewnym zrzeszeniom lekarskim i Izbom Lekarskim we wszystkich centrach Polski i zachęcić je do analogicznej akcji,

d) podać ją do wiadomości ogółu lekarskiego drukiem w organie Towarzystwa „Polskiej Gazecie Lekarskiej".

Wiadomości uniwersyteckie.

Dr. Marjan *Zeńczak*, starszy asystent Instytutu dentystycznego Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie został powołany jako zast. prof. do Państwowego Instytutu Dentystycznego w Warszawie. Dr. *Zeńczak* prowadził we wzorowy sposób oddział protetyczny Instytutu lwowskiego i jest nadzieja, że na nowej swej placówce pracy potrafi niewątpliwie pokierować nauką protetyki dentystycznej, mającej tak ważne znaczenie dla wykształcenia przyszłych praktyków, w sposób, który polskiej nauce stomatologji chlubę przyniesie.

LEK.-DENT. L. GOLDBERG-GÓRSKI. WARSZAWA.

O GUZACH ZAPALNYCH SZCZĘK[1]).

Tumeurs ayant leur source dans les procès inflammatoires des maxillaires.

Cały szereg napotykanych obrażeń klinicznych przemawia za tem, że sprawa guzów rzekomych czyli zapalnych szczęk, nie jest tak jasna, jak na pozór się wydaje. W wielu przypadkach granica rozpoznania klinicznego pomiędzy guzem zapalnym a prawdziwym, jest zupełnie zatarta.

Wobec poglądu wielu badaczów, że jedną z głównych przyczyn powstawania guzów złośliwych stanowi długotrwałe podrażnienie, które na szczęce bywa stale podtrzymywane przez ostre brzegi spróchniałych zębów i korzeni, należy zauważyć, że poza drobnoustrojami, to samo drażnienie jest przyczyną tworzenia się ziarniniaków i dziąślaków.

Z punktu widzenia etjologicznego są przytoczone przez *Willigera* przypadki rzekomych dziąślaków w istocie mięsakami olbrzymio komórkowemi, pod któremi autor znajdował zawsze korzenie zębowe.

Zdaniem autora takie korzenie były jedyną przyczyną tworzenia się wymienionych guzów złośliwych, wiadomo przecież, że przewody tych korzeni nie były wolne od drobnoustrojów.

Okres rozwoju guza zapalnego i złośliwego również nie jest wskazówką rozpoznawczą. To można niejednokrotnie zauważyć odnośnie do rozmiarów guza.

Niedawno na jednej z klinik w Warszawie pokazywano mi guz zębodołu między trzonowcem drugim i siecznym bocznym prawym.

Rozmiar guza wynosił jakie 5 *cm* długości i $2^1/_2$ *cm* szerokości.

Guz siedział na względnie wąskiej szypule i był ruchomy a więc niezrośnięty z żuchwą. Rozpoznanie kliniczne: mięsak żuchwy. Guz okazał się włókniakiem, który w obrębie szczęki zaliczamy do rzędu dziąślaków.

Wobec przytoczonego, dochodzimy do wniosku następującego;

1. Guzy złośliwe mogą być wywoływene temi samemi czynnikami co i guzy rzekome, czyli zapalne;
2. guzy zapalne rozrastać się mogą do dosyć znacznych rozmiarów;
3. guzy zapalne siedzieć mogą na szerokiej podstawie;
4. granica guza może być zatarta tak dalece, że jej woale wyczuć nie można.

Przedstawia to mylnie obraz silnie rozwiniętego zapalenia szpiku kostnego.

Wobec tego ścisłe rozpoznanie guza zapalnego może być tylko dokładne wtedy, kiedy na równi z guzami prawdziwemi będą poddawane badaniu anatomo-patologicznemu.

(Następują pokazy guzów na odlewach gipsowych i fotografjach).

---

[1]) Streszczenie odczytu na I. Polskim Zjeździe dent., Lwów, lipiec 1923.

Ruch naukowy.

Szesnaste zebranie Féderation Dentaire Internationale (F. D. I.) odbyło się w Paryżu od 6. do 9. sierpnia 1928 z następującym porządkiem obrad: Przemówienie prezydenta, przemowy reprezentantów poszczególnych państw zastąpionych, wręczenie nagrody *Millera* profesorowi *Mummery* (Londyn), sprawozdania sekretarza i skarbnika, rewizja zmian statutu dokonanych w r. 1914 w Londynie, tymczasowa organizacja Międzynarodowego Zjazdu dentystycznego w Filadelji w r. 1926. Obrady komisji: wychowawczej, prawnej i deontologicznej, Czerwonego krzyża, statystyczno-bibljograficznej, prasowej. Sprawozdanie prof. *Aguilara* (Madryd) o funduszu pomocy dla Rosji, rocznik adresowy dentystyczny, sprawozdanie bibljograficzne, międzynarodowy „kodeks etyki zawodowej“, przedstawienie kandydata do nagrody *Millera* na r. 1924. Obrady komisji: badań naukowych, higjeny ustnej, wojskowej i morskiej, mianownictwa. — Wybór członków F. D. I. (zrzeszeń i osób), oznaczenie miejsca i czasu następnego Zjazdu w r. 1924, dyskusja nad przedłożonemi rezolucjami, końcowe przemówienie prezydenta, bankiet, wycieczki całodniowe. Przewodniczący: Truman W. *Brophy* (Chicago III), sekretarz: Florestan *Aguilar* (Madryd).

Pięćdziesięcioletni jubileusz Związku dentystów duńskich. Z powodu pięćdziesięcioletniego jubileuszu odbyło się uroczyste zebranie w dniach 4.—7. listopada 1923 r. w Kopenhadze. Przybyli nań prócz dentystów duńskich także liczni dentyści z krajów skandynawskich: Szwecji, Norwegji i Finlandji, a z innych prof. *Baumgartner* z Austrji. Prócz zwykłych przy podobnych sposobnościach uroczystości wygłoszono liczne odczyty, z których jako ważniejsze wymienić należy następujące: *Krohn* (Chrystjanja). Protezy szczękowe. — *Ottesen* (Chrystjanja). Torbiele zawiązkowe i ich leczenie. — *Budtz-Joergensen* (Kopenhaga). Wytrzymałość mostków. — *Baumgartner* (Graz). Próchnica i jej następstwa. — *Köhler* (Malmö). Nowy przyrząd ustalający przy ropotoku. — *Bloch-Joergensen* (Kopenhaga). Dentystyka szkolna. — *Billing* (Stokholm). Nowe punkty widzenia w dentystyce. — *Baumgartner* (Graz). Rozczyn Pregla. — *Brun* (Chrystjanja). O częstości próchnicy). — *Hertz* (Kopenhaga). Pigmentacja śluzówki ustnej. — *Moestue.* (Chrystjanja). O podwyższeniu zgryzu. — *Bramsen* (Kopenhaga). Stosunek dentysty do medycyny współczesnej). — *Äyräpää* (Helsingfors). — Przypadki zapalenia nerek spowodowane zakaźnemi sprawami okołowierzchołkowemi zębów mlecznych. — Organ duńskich dentystów „Tandlaegebladet“ wydał z powodu Zjazdu dziennik, który wychodził codzień przez czas trwania Zjazdu.

Detroit. (Stany Zjednoczone). Niedawno urządziło miasto Detroit, liczące około miljona mieszkańców, t y d z i e ń d e n t y s t y c z n y. Urządzeniem tegoż zajęli się prócz lekarzy, nauczyciele, pielęgniarki i rozmaite stowarzyszenia. We wszystkich klubach i stowarzyszeniach tak kulturalnych jak i zawodowych wygłaszali specjalni mowcy wykłady o higjenie jamy ustnej i o profilaktyce tejże. Na ten temat wygłaszali księża kazania z ambony, radjotelegraf i cała prasa poświęciła temu dużo miejsca, a w większych domach towarowych wygłaszano do personalu przed otwarciem zwięzłe 5 minutowe przemówienia. Wszystkie apteki i droguerje urządziły jedno okno wystawowe ze środkami do pielęgnowania jamy ustnej. Na dorożkach widniały napisy: usta to wrota do organizmu, pielęgnowanie jamy ustnej to narodowe żądanie i t. p. W największym domu towarowym utworzono na ten tydzień ambulatorjum dentystyczne dla dzieci. Sto kinoteatrów wyświetlało filmy o pielęgnowaniu zębów. Przez cały tydzień wychodził dziennik o 8 stronach „Daily Dental Doings“, zawierający artykuły o higjenie i o profilaktyce jamy ustnej. Zainteresowanie ludności było tak wielkie, że policja często musiała interwenjować.

Z. Rund. Nr. 49/50. 1923.

Lipsk. Z zestawienia firmy nakładowej G. *Fock*, zajmującej się specjalnie wydawnictwem dysertacji doktorskich, wynika, że liczba tychże zmniejsza się szybkiem tempie. Podczas gdy w roku 1920/21 wynosiła wraz z rozprawami akademickiemi 2689, w roku 1921/1922 tylko 1264. Największy ubytek wykazują publikacje z zakresu medycyny, socjologji i ekonomji społecznej. Za rok 1922/23 brak jeszcze zestawienia lecz należy się spodziewać, że rezultat będzie analogiczny ze względu na wzmagającą się w olbrzymiem tempie drożyznę wydawniczą.

DR. EDWARD SZALIT. TARNÓW.

ZAGADNIENIE AMPUTACJI MIAZGI W ŚWIETLE NOWOCZESNEJ KRYTYKI I FAKTÓW [1].

Le probléme de l'amputation de la pulpe du point de vue de la critique moderne et des faits.

W wykładzie swym przedstawił autor metodę amputacyjną z punktu widzenia nowoczesnych badań naukowych i własnych spostrzeżeń.

Autor, który do zagorzałych zwolenników metody amputacyjnej nigdy nie należał, uważa ją jednak za wielką zdobycz w leczeniu chorej miazgi a choć ona według niego nigdy nie wyruguje metody całkowitego usunięcia miazgi to jednak ma nietylko swoją rację bytu, ale istnieć będzie obok tamtej jako jej uzupełnienie.

Ważne są podane przez autora wskazania wypadków zapalenia miazgi, nadających się do leczenia tą metodą. Nie wdając się w klasyfikację zapaleń miazgi, podaną przez rozmaitych autorów, uważa prelegent za jedyny racjonalny podział zmian chorobowych miazgi: Pulpitis i Gangrãna pulpae oraz Abscessus pulpae.

Otóż wedle autora dopuszczalną jest amputacja tylko w tych wypadkach, w których miazga jeszcze żyje, odrzuca natomiast wszelką myśl leczenia tą metodą miazgi obumarłej.

W sprawie samej techniki amputacyjnej podaje autor niektóre własne sposoby postępowania a w szczególności szczegółowo omawia kwestję znieczulania miazgi w miejsce jej zabijania.

W sprawie zaś stosowania formaliny i czasu trwania jej działania na pozostałą w korzeniach miazgę wypowiada się autor przeciw *Boenneckenowi* a za *Weiserem*, twierdząc, że tylko kilkunastodniowa a nie kilkuminutowa kąpiel formalinowa spowodować może mumifikację miazgi, tembardziej, że autor nie wierzy w mumifikację zapomocą pasty a zdolność tę raczej przypisuje płynowi, działającemu w tym wypadku na mocy zjawiska fizycznego włoskowatości.

DYSKUSJA:

Prof. *Wilga:* Kliniczne wskazania amputacji miazgi ograniczają się jej zapaleniem surowiczem.

L.-d. *Goldberg-Górski:* Czterotlenek osmu OsO_4 w rozczynie 10—20% daje dobre wyniki przy zachowawczem leczeniu schorzeń miazgi, rozumie się nieropnego charakteru. Działanie arszeniku zależne jest od unaczynienia miazgi. To samo daje się powiedzieć i o środkach przeciwgnilnych, które szybko ulegają wchłanianiu. Usuwanie miazgi przy stosowaniu je-

[1]) Streszczenie wykładu na I. Polskim Zjeździe dent., Lwów, lipiec 1923.

dynie środków znieczulających, bez udziału arszeniku, może być wskazane tylko wtedy, kiedy ropne zapalenie miazgi jest wykluczone.

Dr. *Lind:* Polecając gorąco amputację miazgi w miejsce extirpacji wychodzę z założenia, że najlepsze wypełnienie jest naturalne i posuwam się jeszcze dalej, niż Sz. Prelegent i polecam również amputację i w zębach przednich, ponieważ mam doświadczenie, iż zęby z extirpowaną miazgą po dłuższym czasie tracą barwę, ciemnieją.

L.-d. *Sachs:* Referent, jak i niektórzy przyjmujący udział w dyskusji, często powtarzali termin: „leczenie obumarłej miazgi"; uważam termin ten za niefortunny, gdyż wszyscy zgadzają się z tem, iż nie może być mowy o leczeniu zgorzelinowej miazgi, lecz o wyjałowieniu przewodu takiej miazgi.

W sprawie używania zamiast arszeniku znieczulania miazgi uważam je za niewłaściwe, gdyż jeżeli metoda amputacyjna daje często ujemne wyniki, to dlatego, że pozostała żywa miazga przez irytację wywołuje zmiany patologiczne wokoło wierzchołka korzenia.

L.-d. *Gombiński;* W sprawie extirpacji czy amputacji miazgi musimy mieć na względzie doświadczenia fizjologiczne jakie otrzymujemy przy stosowaniu środków uśmiercających miazgę z podporządkowaniem się do wyniku in vivo. Na podstawie wyniku tych eksperymentów i naszych praktycznych doświadczeń winniśmy stosować uśmiercanie arsenem wtedy, gdy zamierzamy amputować, co nam znacznie ułatwia wyłyżeczkowanie miazgi i robi wrażenie, jakby się wytworzyła demarkacyjna linja między miazgą a ściankami komory. Anestezję musimy stosować tylko w celu extirpacji.

W doświadczeniach fizjologicznych powołuję się na prawo osmozy (hiper-, iso- i hipotonji cieczy), z którą poważnie należy się liczyć.

Dr. *Rossberger:* Szkoła wiedeńska z czasów *Witzla* polecała extirpację większych, czyli grubszych pni miazgi, nie kusząc się o extrakcję tam, gdzie nie można lub bardzo trudno, bo łamią się igiełki; nie wyjmujemy i tak wszystkiego, więc zostawić resztki drobne i je garbować jak żąda *Witzel* i *Łepkowski*, bo grubych pni nie można tak garbować, aby szczelnie wypełniły kanał, jako czop.

Dr. *Berger* ostrzega przed amputacją pod injekcją. Doświadczenia na wielkim materjale wykazały po takim zabiegu bolesność zęba na zimno i przy próchnicy szyjkowej. Również nie znosi żywa miazga „suwerennego" środka poamputacyjnego, formaliny, reagując nań bardzo żywo. Wychodząc z założenia, że w efekcie zależy na tem, by w przewodach zostawić naturalne wypełnienie sterylne — wypowiada się przeciw używaniu formaliny, dającej niejednokrotnie mniej lub bardziej silne podrażnienie i radzi zastąpić ją środkiem innym, nie drażniącym a mającym również własności dezynfekcyjne i antyseptyczne (chlorfenol, tymol) zwłaszcza, że nie widzi konieczności, by kikuty w przewodach koniecznie musiały być zmumifikowane, powołując się w tej mierze na swoją pracę w „Przeglądzie dentystycznym" z r. 1922. Ostatnie w tej mierze doświadczenia wykazały, że proces gojenia przy wierzchołku jest identyczny tak przy miazdze amputowanej jak i ekstirpowanej z pozostawieniem jakiejś drobnej części, której się extirpować nie udało — o ile pozostałość ta zęba będzie w stanie aseptycznym.

LEK.-DENT. R. LITWIN. ŁÓDŹ.

CEL I ZADANIE HIGJENY ZĘBÓW W WALCE Z CHOROBAMI ZĘBÓW WOGÓLE I CHOROBAMI ZAKAŹNEMI W SZCZEGÓLNOŚCI[1].

Hygiène des dents. Son importance dans la lutte contre les maladies des dents en général et contre les maladies infectieuses.

1. Jama ustna każdego człowieka dzięki stałej wilgoci i temp. ciała 37° C jest istną cieplarką dla rozwoju najróżnorodniejszych drobnoustrojów. Obliczają ich ilość na 5—800 miljonów. Przy każdym łyku mirjady tych drobnoustrojów dostają się do przewodu pokarmowego. Sok żołądkowy nie jest w stanie zniszczyć całej tej armji mikrobów, wśród których znajdują się wszystkie gatunki, jak również i laseczniki *Kocha*.

2. Wiadomo powszechnie, że zakażeniu gruźliczemu ulegają przedewszystkiem słabe organizmy, ponieważ brak im jest sił obronnych. Zakażenie gruźlicą odbywa się głównie przez jamę ustną. Prątek gruźlicy może przez wyschnięte i w powietrze wniesione plwociny chorych, dostać się bezpośrednio wraz z wdychanem powietrzem lub z drobnemi ilościami śliny, bądź też innemi substancjami, przenikającemi do przełyku i oskrzeli, do głębi płuc a z nich rozmaitemi drogami szerzyć swe dzieło zniszczenia.

3. Jedną z głównych przyczyn osłabienia organizmu są schorzenia zębów oraz niezdrowy niehigjeniczny stan jamy ustnej. Dorośli lub dzieci, których narząd zębowy znajduje się w stanie niezadawalniającym, źle przeżuwają pokarm. Zle przeżuty pokarm niedostatecznie miesza się ze śliną, skutkiem czego składniki odżywcze nie są dostatecznie przyswajane. Ponieważ przyswajanie pokarmów stanowi zaledwie pierwszy okres trawienia, łatwo więc zrozumieć, że niezdrowy stan narządu zębowego, mnsi szkodzić wszystkim czynnikom odżywiania.

4. Przy schorzeniach zębów i przy niedostatecznej czynności jamy ustnej, znacznie wzrasta flora drobnoustrojowa jamy ustnej. Rozpad tkanki wypełniającej ubytki próchnicowe, zawartość kieszonek dziąsłowych, lepki osad, przylegający do zębów, wszystko to stanowi doskonałe środowisko odżywcze dla różnych drobnoustrojów chorobotwórczych.

5. Wszystkie tkanki i systemy w rozmaitym stopniu i pod rozmaitemi formami przyjmują zakażenie pochodzące z jamy ustnej a w szczególności od zębów.

6. Utrzymywanie zębów oraz jamy ustnej w stanie higjenicznym jest nieodzownym warunkiem utrzymania zdrowia oraz wszelkich sprawności funkcyj życiowych organizmu.

---

[1]) Streszczenie wykładu na I. Zjeździe lekarzy-dentystów, Lwów, lipiec 1923.

7. Wybór odpowiednich środków do pielęgnowania zębów nabiera ogromnego znaczenia, o ile ma służyć do celów profilaktycznych. Dobry środek musi zawierać przedewszystkiem przetwory absolutnie nieszkodliwe i okazywać niweczący wpływ na bakterje jamy ustnej, zobojętniając szkodliwe wytwory grzybków próchnicowych, neutralizując kwasy, wzmacniając błonę śluzową dziąseł i jamy ustnej, posiadając przyjemny smak i zapach.

8. Proszek do zębów, niezależnie od swego działania mechanicznego, czyszczącego zęby, wywiera jeszcze na zęby i usta b. dodatni wpływ, gdyż zobojętnia wytworzone kwasy dzięki zawartości węglanu magnezu i węglanu wapnia.

9. Pasta do zębów, składająca się z mięszaniny proszków i mydła z dodatkiem gliceryny i t. p. substancyj, według badań *Rösego*, *Groota* i *Müllera*, do codziennego użytku nie nadaje się. Środki, zawierające mydło w połączeniu z wodą studzienną. wytwarzają wolną zasadę (ługi), działającą szkodliwie na dziąsła.

10. Szczotka do zębów, przy codziennem użyciu, powodując racjonalny masaż dziąseł, sztucznie daje im to, co odebrano przez usunięcie twardych pokarmów. Działanie szczotki do zębów polega nietylko na czyszczeniu zębów, lecz i na wzmacnianiu dziąseł.

Ruch naukowy.

Doroczny zjazd amerykańskich dentystów Szwajcarji odbył się dnia 22. i 23. września 1923 w Bernie pod przewodnictwem Dr. *Eggera* (Berno) w ubikacjach Instytutu dentystycznego uniwersytetu berneńskiego. Na program naukowy złożyły się wykłady z zakresu patologji i terapji ropotoku zębodołowego: *Guye* (Genewa) przedstawił w nader poglądowy sposób metodę *Youngera* oczyszczania jak najdokładniejszego korzeni z kamienia zapomocą szeregu specjalnych, delikatnych narzędzi i przyżegania kwasem trójchlorooctowym. *Egger* opisał metodę leczenia chirurgicznego według *Neumanna-Widmana* przedstawiając chorych operowanych tym sposobem. *Müller* (Berno jako gość), przedstawił anatomję patologiczną ropotoku, pokazując w obrazach świetlnych mikrofotogramy i zalecając leczenie chirurgiczne, jako najlepsze, zapewniające wyleczenie na przeciąg conajmniej kilkuletni. Jako miejsce Zjazdu przyszłorocznego wybrano Lozannę.

Zjazd Francuskiego Towarzystwa Ortopedji Szczękowej odbył się w Paryżu od 19. do 21. stycznia 1924. Uczestnicy Zjazdu, będący oficerami zapasowymi uzyskali zniżkę kolejową, wynoszącą $^{1}/_{4}$ ceny biletu z ważnością na przeciąg 6 dni. Na porządku dziennym były tematy następujące: O krzywicy szczęk. Etjologiczny podział nieprawidłowości szczękowych *(Pont)*. Leczenie tyłozgryzu *(Villain)*. Znaczenie brody przy rozpoznawaniu nieprawidłowości *(Izard)*. O leczeniu nieprawidłowości rodzinnych *(Beltrami)*. O etjologji zębów zatrzymanych *(Quintero)*. Leczenie zapobiegawcze nieprawidłowości. Dynamika i statyka uzębienia *(Siffre)*. Wpływ wewnętrznego wydzielania na zawartość wapnia w zębach. Djagnostyka ortodontyczna *(Dreyfus)*. Prostowanie powolne *(Hayes)*.

II. Zjazd Pedjatrów Polskich odbędzie się w dniach 23.—25. czerwca 1924 r. w Poznaniu: Referaty główne. *Groer:* Kiła, jej istota i walka z nią. *Brokman:* Nowe poglądy i kierunki w kwestji odporności u dzieci. *Szenajch:* Opieka społeczna nad dzieckiem. Referaty na temat dowolny, które muszą zawierać przyczynki oryginalne, winny być przysyłane komitetowi na ręce sekretarjatu do 15. kwietnia 1924. Komitet zastrzega sobie prawo nieprzyjęcia referatu. Bezpośrednio po tym Zjeździe odbędzie się Zjazd wychowania fizycznego.

LEK.-DENT. IGNATOWICZOWA. WARSZAWA.

ORGANIZACJA POMOCY DENTYSTYCZNEJ W SZKOŁACH PAŃSTWOWYCH RZPLTEJ POLSKIEJ W LATACH OBECNYCH I POPRZEDNICH [1]).

Organisation de l'aide dentaire dans les écoles de l'état de la Republique Polonaise auparavant et maintenant.

Ministerstwo W. R. i O. P. zorganizowało przy szkołach pomoc lekarską i dentystyczną. Na czoło Wydziału higjeny szkolnej powołano niessrudzonego i doświadczonego kierownika Dr. *Kopczyńskiego*, znanego od wielu lat na polu organizacji higjeny szkolnej. Trudności Dr. *Kopczyński* miał wielkie, udało mu się jednak wystarać u Skarbu środki na urządzenie początkowo kilku gabinetów własnych dla państwowych gimnazjów. Tak sprawy stały w r. 1919 i początkiem 1920 r. szkolnego. Już w roku szkolnym 1920/21 pomoc dentystyczną miało 41 gimnazjów państwowych na terenie b. Kongresówki.

W 47 gimnazjach zbadano młodzieży . . .	15.617	
z tych zęby zdrowe (nieplombowane) miało . .	2.117	13·55%
„ „ „ zepsute miało	9.373	60·01%
cierpieniom zębów podlegało	9.387	60·10%
nie cierpiało nigdy bolu zębów	5.843	38·54%
liczba ubytków do plombowania	31.158	3·32% na ucznia

Założono plomb 12.810 41·13% ogólnej liczby ubytków.

Pni usunięto 2.763 32·81% ogólnej liczby pni.

Wyleczono zapaleń miazgi 2,333, zgorzeli 1.571=3.904.

Czyszczenie zębów w pierwszych latach pomocy dentystycznej w szkołach odbywało się dość opieszale. Dziś z przyjemnością skonstatować można, że młodzież czuwa nad czystością jamy ustnej o wiele pilniej niż dawniej. Śmiało można dziś twierdzić, że w gimnazjach państwowych tylko 1·2% myje zęby rzadko. Nie myjących nigdy zębów gimnazja nie posiadają wcale. Mimo trudności finansowych i pustek w naszym skarbie, który musiał mieć przedewszystkiem ogólno-państwowe sprawy na oku — kołatano wytrwale i praca w kierunku niesienia pomocy dentystycznej dla młodzieży, posuwała się, chociaż wolno, ale stale naprzód. Widzimy ze sprawozdania ministerjalnego, że w roku szkolnym 1921/22 na ogólną ilość gimnazjów w całej Rzeczypospolitej (236) pomoc dentystyczną posiadało 58 gimn., czyli 24·57% t. j. prawie ¼ wszystkich gimnazjów, z czego na b. Kongresówkę przypada 54 gimnazjów z pomocą dentystyczną, na inne zaś dzielnice tylko 4 gimnazja czyli 2·6%.

---

[1]) Referat na I. Polskim Zjeździe dentystycznym, Lwów, lipiec 1923.

Z tych 58 gimnazjów posiadało gabinety własne 43 gimn., 4 korzystały z urządzeń innych gimnazjów, posiadających własne gabinety, 11 zaś z prywatnych gabinetów swoich szkolnych dentystów.

Przyglądając się dalej statystyce widzimy, że najmniej zabiegają o pomoc dentystyczną województwa kresowe, jak zachodnie tak i wschodnie. Z przykrością muszę stwierdzić, opierając się na statystyce poszczególnych województw, że wina leży po stronie społeczeństwa, może zaś bardziej jeszcze po stronie rodziców uczącej się młodzieży i świata medycznego, gdyż na 56 gimn. w województwie lwowskiem ani jedno gimnazjum nie posiada własnego gabinetu dentystycznego, tylko jedną poradnię dla dzieci najuboższych.

To samo dzieje się w województwie krakowskiem, poznańskiem, wileńskiem i na Śląsku. Widzimy jednak, że i tutaj następuje polepszenie, gdyż w ciągu roku 1922 23 przybyło własnych gabinetów w województwach: poleskiem 2, krakowskiem 2 i pomorskiem 2.

Jak doniosłe znaczenie ma opieka dentystyczna w szkołach, wykazuje to statystyka Ministerstwa W. R. i O. P. z roku szkolnego 1921/22. Dzieci, szczególnie teraz w dobie powojennej, mają w bardzo złym stanie jamę ustną i potrzeba szeregu lat, by ją doprowadzić do należytego porządku — najlepiej to wykazuje statystyka poszczególnych Zakładów, a więc:

zbadano młodzieży	21.056		
zęby zdrowe posiadało	3.069	uczniów,	13·15%
„ zepsute „	11.429	„ około	50%
cierpiało bole zębów	11.332	„ „	50%
nie cierpiało bolu zębów	7.696	„ „	30%
założono plomb	18.201	„ „	78%
usunięto zębów	3.437	„ „	13%
wyleczono zgorzel i zapal. miazgi . .	5.315	„ „	26%

Z cyfrowych zestawień widać, jak potrzebne jest roztoczenie pomocy dentystycznej nad młodzieżą naszą. Rok szkolny 1922/23 przedstawiałby się jeszcze owocniej, dla braku jednak sprawozdań poszczególnych szkół, dać danych statystycznych nie mogę. Dążeniem M. W. R. i O. P. jest, aby nietylko wszystkie gimnazja państwowe lecz i szkoły prywatne z czasem posiadały własne gabinety dentystyczne.

Obecnie w Warszawie następujące prywatne Zakłady ufundowały ze składek rodziców gabinety: pensja p. *Zdanickiej, Popielowskiej, Rudzkiej, G^rczyńskiej, Kasprowskiej*, kupców, *Zamojskiego* i z nowym rokiem szkolnym szkoła *Górskiego*.

O szkołach powszechnych również nie zapomniano.

Warszawa posiada poradnie w 5 punktach, w każdej pracuje dentysta po 2 godz. dziennie. Kraków posiada poradnię pod kierunkiem Dr. *Grabczaka*, czynną 6 godz. dziennie. Lwów dawał pomoc dzieciom przy Instytucie dent. Uniw., Wilno zaś w jednej przychodni, gdzie pracuje przez 3 godziny dziennie 2 lekarzy-dentystów.

Praca podjęta przez M. W. R. i O. P. daje owocne wyniki, które są ogromnem dobrodziejstwem dla społeczeństwa, gdyż rodzice bądź z inteligentnych sfer, rozumiejących potrzebę pieczy nad zdrowem uzębieniem

dziecka, bądź ze sfer nie zdających sobie z tego sprawy, nie mieliby możności otoczenia swych dzieci taką opieką dentystyczną, jaką daje dziatwie Ministerstwo.

Przy obecnem nikłem uposażeniu inteligencji opieka lekarska i dentystyczna przedstawia zbyt dużą rubrykę w budżecie wydatków na pokrycie której wielu rodziców nie byłoby w możności zdobyć się.

Jak widzimy z powyższych danych statystycznych praca nasza wśród młodzieży jest jeszcze drobna i mała. Dążeniem przeto i wysiłkiem na przyszłość winno być jak najszersze zastosowanie dentystyki i objęcie przez cią całych rzesz dzieci i młodzieży, potrzebujących naszej pomocy. A więc nietylko szkoły państwowe, szkoły prywatne i powszechne, ale i instytucje dobroczynne, ta moc sierót powojennej doby, która czeka, aby ulżyć jej cierpieniom, czeka jak dotąd bezskutecznie; nie mamy bowiem ani jednej zorganizowanej pomocy dla Instytucyj dobroczynnych. A jest ich tyle!

Znam wiele Zakładów dobroczynnych w Warszawie i ani jeden nie korzysta z pomocy dentystycznej. Teraz wobec fantastycznych cen na utrzymanie dziatwy ani jedna instytucja nie jest w stanie dbać o zdrowe uzębienie swoich wychowanków. Zabiegi więc zębowe w nagłych wypadkach bolu uskuteczniane są w szpitalach zazwyczaj zapomocą usunięcia bolącego zęba. Spotykałam dzieci od 9—14 lat pozbawione siecznych zębów. Naszym więc obowiązkiem pomyśleć o biedakach i sierotach, aby nieśc im pomoc skuteczną.

Musimy i my zawód swój traktować jako pewnego rodzaju posłannictwo. Apeluję przeto do I. Zjazdu naszego, aby ufundował trwałą pamiątkę w postaci instytucji mającej się zająć tworzeniem bezpłatnych poradni po miastach dla dziatwy naszej najbiedniejszej, dla tych, o których nikt nie pamięta.

Jakiemi to środkami osiągnąć mamy, jest to już kwestja drugorzędna, ale musimy iść śladami innych narodów, które o tem już pomyślały. I my musimy naprzód iść!

(Rezolucje l.-d. Litwina i Ignatowiczowej jednomyślnie przyjęte, zostały podane w P. D. 1. p. 454).

DYSKUSJA.

L.-d. *Gombiński.* Na niebezpieczeństwa młodzież szkolna jest narażona z dwóch stron: 1. wzajemnego zakażenia jamy ustnej przez nawyki nader niehigjeniczne, jak całowanie się dziewcząt przy witaniu i żegnaniu i wszelkiej sposobności a wogóle przez gryzienie ołówków i obsadek, i to wzajemnie udzielanych, a wiemy, że wiele dzieci uczęszcza do szkół w stanie podgorączkowym a nawet i przy wyższej gorączce, a także dzieci z objawami chorób konstytucyjnych; 2. ciało pedagogiczne rozpylaniem własnej śliny na poważne niebezpieczeństwo naraża dzieci, których odporność jest niższa, niż u dorosłych, stąd wniosek zabronienia stosowania tych szkodliwych nawyków i noszenia przez wykładających respiratorów zastosowanych odpowiednio do potrzeb. Co do pomocy: musimy żądać urządzenia dostatecznej ilości ambulatorjów i odpowiednio wyposażonych.

Med. *Nacher* wyjaśnia stosunki w poradni dentystycznej Okręgu lwowskiego i niemożności utrzymania ambulatorjum szkolnego.

L.-d. *Ignatowiczowa* (zakończenie dyskusji). Informuję kol. *Nachera* o tem, że każde województwo posiada swego naczelnika Wydziału higjeny szkolnej i on to właśnie powinien roztoczyć usilną opiekę nad zdrowotnością powierzonej sobie dziatwy. Winien starać się u sfer rządzących o środki na fundowanie gabinetów dentystycznych w swojem województwie; więc są zarzuty kol. *Nachera*, jakoby b. Kongresówka starała się tylko o swoje sprawy, bezpodstawne.

Co do projektu kol. *Gombińskiego* o zakładaniu respiratora na jamę ustną u nauczycieli podczas wykładów w szkołach, uważam to za rzecz niewykonalną ze względu na pewną śmieszność danego przyrządu jak również i na psychologję dziecka.

SPRAWOZDANIE WYDZIAŁU ZWIĄZKU DENTYSTÓW IZBY LEKARSKIEJ LWOWSKIEJ ZA ROK 1923.

Walnych Zgromadzeń odbyto w roku sprawozdawczym dwa: jedno zwyczajne i jedno nadzwyczajne. Na Zwyczajnem Walnem Zgromadzeniu, odbytem dnia 24 marca 1923 wybrano w myśl § 11 statutu na okres trzyletni Wydział w składzie następującym:

Przewodniczący: *Dr. H. Allerhand.* Zastępca przewodniczącego: *Dr. P. Szadkowski.* Sekretarz: *Dr. H. Berger* (ustąpił). Skarbnik: *Dr. K. Atlas.* Wydziałowi: *Dr. J. Schmar, Dr. Wł. Szafran* (ustąpił). (W miejsce *Dra Bergera* kooptowano *Dr. St. Węgrzynowską*). Komisja Rewizyjna: *Dr. H. Gorczyński, Dr. J. Owiński.* Sąd Polubowny: *Dr. J. Bereźnicki, Dr. A. Fried, Dr. St. Fuchs* (ustąpił), *Dr. M. Senensieb.*

Na Nadzwyczajnem Walnem Zgromadzeniu, odbytem dnia 4 grudnia 1923, ustalono wkładkę miesięczną w wysokości pół franka złotego i uznano „Polską Dentystykę“ za organ Towarzystwa. Ma ona wychodzić od początku roku 1924 jako dwumiesięcznik w cenie $1^1/_2$ franka złotego za zeszyt, a przedpłatę będzie pobierał skarbnik wraz z wkładką. Również wybrano Komitet Redakcyjny, w skład którego weszli: *Prof. Cieszyński, Dr. Węgrzynowska, Dr. Czernecki, Dr. Brill, Dr. Zeńczak, Dr. Allerhand, Dr. Atlas.*

Posiedzenia Wydziału odbywały się regularnie co pierwszego wtorku w miesiącu. Załątwiano na nich bieżące sprawy aktualne, z pośród których jako ważniejsze wymienić należy następujące: 1. Usilna praca członków Wydziału w Komitecie Organizacyjnym I Polskiego Naukowego Zjazdu Dentystycznego, odbytego we Lwowie w lipcu 1923, dzięki której Zjazd we wszystkich swych szczegółach (zebrania naukowe, wystawa, raut, zebranie delegatów Organizacji zawodowych i naukowych) wypadł doskonale. 2. Akcja w sprawie ujednostajnienia studjów stomatologicznych. W sprawie tej wygłosił przewodniczący trzy referaty: *a)* na Zjeździe 25 lipca 1923; *b*) w Lwowskiem Towarzystwie Lekarskiem 9 listopada 1923 i *c)* w Towarzystwie 13 listopada 1923. Referaty te były zakończone rezolucjami domagającemi się ujednostajnienia studjów w duchu stomatologicznym i zerwania z dotychczasowym systemem troistości studjów. Referat pod 1. został wydrukowany nakładem 2000 egzemplarzy i rozesłany wszystkim interesowanym czynnikom, tudzież posłom sejmowym i senatorom. Rezolucje powzięte 13 listopada 1923 zostały przesłane do M. W. R. i O. P. do Rady Wydziału Lekarskiego UJK tudzież do czasopism lekarskich i dentystycznych. 3. Cennik dentystyczny, obejmujący stawki w złp. najniższe i najwyższe, przedłożony przez Wydział Izbie Lekarskiej Lwowskiej, został po odnośnym referacie przewodniczącego zatwierdzony na posiedzeniu Zarządu Izby dnia 26 marca 1923 (L. 394/23). 4. Celem szerzenia higjeny jamy ustnej wśród młodzieży szkolnej, powstała w łonie Towarzystwa „Sekcja Higjeny Szkolnej“ (SHS), w składzie następującym: *Dr. Allerhand, Dr. Czernecki, Dr. Reichenstein, Dr. Schmar, Dr. Węgrzynowska.* Celem jej jest przedewszystkiem utworzenie Szkolnej Poradni Dentystycznej, do której prace przygotowawcze są w toku.

5. W sprawie partactwa dentystycznego, coraz bardziej się szerzącego, zarówno we Lwowie, jak i na prowincji, odniósł się Wydział kilkakrotnie do Zarządu Izby Lekarskiej Lwowskiej, podając konkretne szczegóły, dostarczone przez Kolegów, z prośbą o wpłynięcie na lekarzy-firmantów, osłaniających zakłady, w których pracują nieuprawnieni technicy dentystyczni, celem ustąpienia ze swych mało zaszczytnych stanowisk. 6. Prócz bratniego zrzeszenia „Towarzystwa Stomatologów Polskich“ w Krakowie, starał się Wydział o utrzymanie kontaktu i koleżeńskich stosunków z organizacjami, zastąpionemi na Zjeździe, przedewszystkiem z poszczególnemi Oddziałami „Związku Lekarzy-Dentystów w P. P.“ tudzież ze „Związkiem Lekarzy-Dentystów b. dzielnicy pruskiej“ i wypowiedział się za pożytecznością mającego się stworzyć Centralnego Związku Dentystycznego, któryby objął wszystkie zrzeszenia fachowe w Polsce.

Posiedzeń naukowych odbyło się w roku sprawozdawczym ośm:

1. *Dr. Allerhand.* Z dentystycznej kazuistyki sądowej.
2. *Dr. Gorczyński.* Odcięcie czy wyłuszczenie miazgi. (Patrz P. D. p. 297).
3. *Dr. Czernecki.* O koronach podwójnych. (Z pokazami. Patrz P. D. p. 220).
4. *Dr. Allerhand.* *a)* Rozprawa wileńska z przed 250 lat o złotym zębie.
   b) Studja stomatologiczne Goethego.
5. *Dr. Katzner.* *a)* Oszczędność złota przy robotach lanych.
   b) Nowa szyna ustalająca. (Z pokazami).
6. *a) Dr. Allerhand.* Likwidacja warszawskiej szkoły dentystycznej.
   b) Prof. Cieszyński. Projekt jednolitego studjum stomatologicznego w Polsce. (Patrz P. D. p. 489).
7. *Dr. Czernecki.* Korony z trzech części na zęby przednie. (Z pokazami).
8. *Dr. Zeńczak.* Nowe typy zgryzadeł. (Z pokazami).

Wszystkie posiedzenia naukowe poprzedzały demonstracje ciekawych przypadków z praktyki lub komunikaty bieżące.

SPRAWOZDANIE KASOWE.

	Dochody.	*Mp.*		**Rozchody.**	*Mp.*
1	Z przeniesienia za r. 1922	261.399	1	Z przeniesienia za r. 1922	163.459
2	Wkładki członków za I i II kw.	493.000	2	Honorarjum p. Orlickiej .	90.000
			3	„ Andrzeja Wrony	5.000
			4	„ inkasenta za I i II kw.	25.950
3	Wkładki członków za III i IV kw.	651.000	5	Portorja i zaproszenia . .	461.000
4	Dyferencja zakupionych bonów zł.	100.000	6	Wydrukowanie cennika .	15.000
			7	Honorarjum kursora . . .	80.000
			8	Zarząd Polikliniki za salę	120.000
5	Wpływy za cenniki . . .	44.500	9	Przepisanie memorjału . .	119.000
	Niedobór	73.410	10	Telegram do prof. Bertena	413.900
			11	Siatki gazowe	130.000
	Razem . .	1,623.309		Razem . .	1,623.309

Dr. Schmar, sekretarz. ***Dr. Atlas,*** skarbnik. ***Dr. Allerhand,*** przewodniczący.

Komisja Rewizyjna stwierdza prawidłowy stan kasy i dokumentów kasowych

Lwów 10 stycznia 1924.

Dr. Gorczyński m. p. ***Dr. Owiński*** m. p.

DZIAŁ SPRAWOZDAŃ I STRESZCZEŃ.

OGÓLNE

Sauvez. O pożądanych reformach studjów dentystycznych; projekt reorganizacji. REV. DE STOM. **24.** 1922/1.

Treść artykułu stanowi referat wygłoszony na posiedzeniu komisji międzyministerjalnej złożonej z przedstawicieli Ministerstwa Oświaty i innych d. 12. grudnia 1921 w sprawie reformy studjów dentystycznych we Francji. Sprawa ta jest tem bardziej interesująca, iż reforma studjów dentystycznych, będąca obecnie aktualną w wielu państwach, jest nią również i u nas. Wywody autora stoją na stanowisku bezwzględnej łączności z medycyną, uważając dentystykę za część organiczną tejże, a nie za coś odrębnego i dadzą się pokrótce streścić jak następuje:

1: Do wykonywania dentystyki, gałęzi medycyny, konieczny jest doktorat medycyny.

2. Tytuł „chirurga-dentysty“ (Chirurgien-Dentiste, istniejący we Francji od roku 1892) zostaje zniesiony, w okresie czasu około 6 lat.

3. Postanowienia przejściowe, obowiązujące w okresie aż do zupełnego wejścia w życie nowego porządku studjów, przewidywać mają ułatwienie dotychczasowym chirurgom-dentystom tudzież studentom uzyskania stopnia doktora medycyny przy zniżonej liczbie zapisanych kursów.

4. Stomatolodzy francuscy są łącznie z zrzeszeniami ogólno-lekarskiemi, do których należą, bezwarunkowo przeciwni stworzeniu osobnego doktoratu dentystyki, jako tytułu niepotrzebnego, nieuzasadnionego, niebezpiecznego i przeciwnego zwyczajom francuskim. *Allerhand* (Lwów).

STOMATOLOGJA OPERATYWNA

Bolstorff. Znieczulenie przy usuwaniu zębów i korzeni. ZFT. F. AERZT. FORTB. **7.** 1922. Ref. ZBLT. F. CHIR. **49.** 1922 p. 1925.

Niezależnie od stosunków anatomicznych jest rzeczą ważną, czy chodzi o usunięcie małych, luźno w dziąśle tkwiących korzeni, czy też zębów silnie w spoistej grubej kości osadzonych, tudzież, czy chodzi o usunięcie większej ilości zębów i korzeni na jednem posiedzeniu, wreszcie należy uwzględnić obecność warunków nieprawidłowych n. p. przy zapaleniu czębnej. Znieczulenie miejscowe obejmuje znieczulenie poddziąsłowe i znieczulenie przewodowe. Znieczulenie poddziąsłowe osiąga swój cel tylko wtedy, gdy wstrzyknięty znieczulający środek przenika zewnętrzną blaszkę kostną, co ma miejsce w górnej szczęce zawsze, a w dolnej przy zębach przednich. Wstrzyknięcie poddziąsłowe znajduje zastosowanie w wypadkach, w których chodzi o wyjęcie jednego lub dwóch zębów przy braku zmian zapalnych. Autor uzupełnia opis wstrzyknięcia poddziąsłowego i przewodowego przedstawieniem stosunków anatomicznych. *Allerhand* (Lwów).

Kells. Zatrzymany dolny ząb mądrości. (The Impacted Lower Third Molar). DENT. COSM. 63. 1921. Nr. 2 p. 101 ryc. 12.

W zabiegu, mającym na celu usunięcie dolnego zęba mądrości należy odróżnić dwa okresy: 1. okres operacyjny niebolesny; 2. okres pooperacyjny, połączony z bolem i dolegliwościami; niewątpliwie przebieg drugiego okresu zależy od sposobu postępowania w pierwszym. Od wykonującego zabieg wymagamy, by:

1. unikał niepotrzebnego urazu;
2. jak najmniej uszkadzał części miękkie;
3. tylko tyle kości usunął, ile jest niezbędnie potrzebne do wytoczenia zęba;
4. unikał możliwie wstrząsu chirurgicznego i mechanicznego;
5. wstrzykiwał jedynie najlepsze i najczystsze rozczyny środków znieczulających;
6. przed zabiegiem wyjałowił należycie pole operacyjne;
7. zachował bezwzględnie zasady postępowania bezgnilnego, o ile warunki operacji na to pozwolą.

Przyczyny wywołujące ból pooperacyjny są następujące:

1. gorąco wywołane przecinaniem spoistego szkliwa i zębiny lub też kości;
2. poszarpane brzegi zębodołu, drażniące pozostałe tkanki;
3. nadłamanie brzegów zębodołu i późniejsze wydobywanie się odłamków;
4. nadmierne poszarpanie części miękkich.

Celem wyeliminowania szkodliwego działania gorąca, przecina K. tkanki twarde pod stałym strumieniem wody destylowanej, przepływającej ze zbiornika przez naczynie z wodą i kawałkami lodu i w ten sposób oziębianej. Wodę tę wraz ze śliną wydobywa się z ust chorego pompką ssącą, poruszaną motorem elektrycznym, dającym się wprawiać w ruch i zatrzymywać zapomocą nożnego wyłącznika elektrycznego.

Koniecznym warunkiem pomyślnego wyniku operacji jest dobry roentgenogram, na którego potrzebę zwrócił był autor uwagę w roku 1904, gdyż orjentuje on co do ilości i kształtu korzeni, okoliczności, od których uwzględnienia zależy tok operacji. Roentgenogram, oprawiony w odpowiednią ramkę, stoi przez cały czas zabiegu na stoliku przed operatorem. Do rozczynu nowokainy dodaje K. jak najmniej adrenaliny, gdyż nie zależy mu na bezkrwistości pola operacyjnego; przeciwnie: warunki gojenia następnego są korzystniejsze, gdy naturalne ukrwienie tkanek nie jest upośledzone; krew wydobywającą się spłukuje natychmiast rozczynem *Dakina*, tłoczonym ze zbiornika przez asystentkę i usuwanym pompką ssącą, o której wyżej była mowa. Ponieważ często się zdarza, że całą operację wykonuje się bez przerwy, przyczem chory ust nie zamyka, wskazane jest użycie sprężynowego rozwieracza ust, umożliwiającego choremu wykonywanie nieznacznych ruchów szczękami, przez co unika się uczucia zmęczenia w stawie żuchwowym.

Celem odsłonięcia pola operacyjnego tworzy K. płat, dający się odchylić ku stronie policzkowej; do odchylenia tego płatu nie używa K. haków ostrych, lecz płaskich instrumentów z miękkiej miedzi, dających

się wyginać według potrzeby. Do cięcia używa nożyków, dających się osadzić w każdem potrzebnem położeniu w odpowiednich rączkach zgiętych pod kątem. Po oddłutowaniu kości przecina ząb na pół krążkami karborundowemi i świderkami, rozważając w każdym poszczególnym przypadku, w którem miejscu i pod jakim kątem należy ząb przeciąć i unikając przytem niepotrzebnego przecinania kości szczękowej obok zęba, jak również zagłębiania zbytniego świderków, przez co nerw żuchwowy mógłby doznać obrażenia. Przecinanie zęba odbywa się pod stałym strumieniem wody lodowej. Po wytoczeniu odciętej korony, co zwykle udaje się bez większych trudności, wyłuszcza korzeń, który daje się łatwo usunąć dźwignią, jeśli jest stożkowaty, lecz wymaga oddłutowania kości w razie zgięć. Dobre usługi przy wydobyciu korzenia oddają autorowi małe kliny, które można sporządzić samemu ze starych ręcznych instrumentów, tudzież skrobaczki okostnowe (raspatoria), przerobione ze skrobaczek do kauczuku. Następuje usunięcie ewentualnych drzazg kostnych i wygładzenie brzegów, poczem przepłukuje się ranę przez dwadzieścia minut wodą lodową, poczem pozwala się jej wypełnić świeżą krwią, poczem wreszcie następuje zaszycie rany. Jeśli zabieg wykonano według wszystkich reguł, to okres pooperacyjny przebiega bez powikłań, jeśli natomiast chory po kilku dniach podaje głęboki palący ból w miejscu operowanem, to obecność tego bolu wskazuje na to, że ściany zębodołu nie znajdują się w stanie zadowalającym; wówczas należy ponownie znieczulić, odkryć pole operacyjne i usunąć przyczynę: nierówność brzegu, albo drzazgę kostną. *Allerhand* (Lwów).

Péter (Wiedeń). Wielokrotne zatrzymanie zębów w szczęce górnej i dolnej; leczenie operacyjne. ZFT. F. STOM. **21.** 1923. Nr. 7 p. 428.

Opis interesującego przypadku, dotyczącego mężczyzny 45-letniego u którego w bezzębnej szczęce dolnej od czasu do czasu występowały bole, obrzmienie i ropnie. Badanie roentgenowskie stwierdziło prócz zatrzymania obu kłów górnych również zatrzymanie kilku zębów w żuchwie, a mianowicie po stronie prawej czterech zębów, prawdopodobnie dwójki, trójki, czwórki i piątki, a po stronie lewej trzech, prawdopodobnie dwójki, trójki i czwórki. Postanowiono zabiegiem usunąć zęby zatrzymane, operując na każdem posiedzeniu jedną połowę żuchwy. Pierwsza operacja dotyczyła żuchwy lewej: w znieczuleniu nowokainą z adrenaliną odsunięto płat śluzowo-okostnowy, oddłutowano zewnętrzną blaszkę kostną, poczem wyjęto dźwignią bez wielkich trudności naprzód kieł, później boczny siekacz o dobrze wykształconej koronie lecz szczątkowym korzeniu, tudzież jeden dwuguzkowiec. Zabieg trwał pół godziny, przebieg pooperacyjny gładki.

Po sześciu tygodniach przystąpiono do usunięcia czterech zębów zatrzymanych w żuchwie prawej; lecz tutaj zabieg okazał się znacznie trudniejszy. Pierwszy ząb odsłonięty był to pierwszy dwuguzkowiec; wydobycie go dźwignią napotkało na przeszkody, ząb został ułamany, a przy dalszych próbach, gdy pole operacyjne sięgało już 1 *cm* poniżej nerwu bródkowego i dotykało podstawowej istoty zbitej, obawa zbytniego nadwyrężenia żuchwy położyła kres dalszym próbom wyjęcia resztek korzenia. Podobnie kieł i boczny siekacz dały się usunąć tylko kawałkami.

Z powodu długiego trwania operacji (5 kwadransów) i wielkości pola operacyjnego odłożono wyjęcie drugiego dwuguzkowca na następny raz.

Po trzech miesiącach chory pojawił się znowu, podając, że przez cały czas nie odczuwał żadnych dolegliwości. Rany dobrze zagojone. Zdjęcie roentgenowskie ponownie wykonane wykazało prócz drugiego dwuguzkowca po lewej stronie jeszcze jeden ząb, który należało uważać za środkowy siekacz. Chory nie zgodził się na wyjęcie tych zębów.

Przypadek powyższy zasługuje na uwagę z tego względu, że chory ten miał w żuchwie ośm zębów, a więc jedną czwartą całego uzębienia, zatrzymanych, zupełnie o tem nie wiedząc; również współczesność zatrzymania zębów w szczęce górnej i dolnej jest godną uwagi, gdyż wskazuje na dość znaczne upośledzenie rozwoju zębów. Również łatwość usunięcia zatrzymanych zębów po stronie lewej mimo znacznych wyrośli cementowych na korzeniach, a przeciwnie nader ścisły zrost z kością po stronie prawej zasługuje na uwagę. *Allerhand* (Lwów).

Riha (Insbruk). O zropiałych torbielach korzeniowych. ZFT. F. STOM. **21.** 1923. Nr. 4 p. 263.

Autor opisuje 12 przypadków zropiałych torbieli korzeniowych, przez siebie roentgenograficznie badanych i operowanych, jako przyczynek do sprawy przejścia torbieli korzeniowych w stan ropny. Przyczyna tej zmiany nie zawsze daje się zupełnie wytłumaczyć. Staje się ona zrozumiała, gdy z wywiadów dowiadujemy się, że „obrzęk na szczęce" został nacięty i że od tego czasu stale lub czasowo odchodzi treść ropna. Są to te przypadki, w których wypuklenie kości i części miękkich spowodowane torbielą rozpoznano mylnie jako ropne zapalenie ozębnej i nacięto; powstało tu następowe sztucznie wywołane zakażenie drobnoustrojami z jamy ustnej.

Zrozumiałe jest także zropienie torbieli bez nacięcia przy nadmiernym rozroście jej, przyczem ścieńczała blaszka kostna ma zaledwie grubość papieru, może ulec zupełnemu wchłonięciu, przyczem nawet otaczające części miękkie też ulegają znacznemu ścieńczeniu: małe ubytki błony śluzowej mogą stanowić wtedy wrota wejścia dla drobnoustrojów, zwłaszcza przy obecności kauczukowych dostawek płytkowych i spowodowanym niemi stanie podrażnienia i rozpulchnienia śluzówki, usposabiającym do zranień. Przy wzroście torbieli ku podniebieniu może wtedy łatwo nastąpić jej zakażenie. (To samo przypuszczenie odnosi się do zakażenia przestrzeni okołokoronowej zębów zatrzymanych).

Łatwo wytłumaczyć zropienie ziarniniaków torbielowatych, gdy albo torbiel rozrastając się, napotka na ziarninę zęba sąsiedniego, lub też ziarniniak, rosnąc w głąb kości, napotka sąsiadującą torbiel i przebije jej otoczkę. Przy ropotwórczych własnościach ziarniny może zropienie torbieli każdej chwili z łatwością nastąpić.

Ale jak należy sobie tłumaczyć zakażenie torbieli otoczonych zewsząd kością i częściami miękkiemi? Wchodzi tu w grę albo przypuszczlne zakażenie hematogenne, albo też należy przypuścić możliwość przewędrowania zarazków z przewodów korzeniowych zębów sterczących do światła torbieli. Przy zropiałych torbielach zamkniętych w kości w przypadkach,

gdzie ząb został już usunięty, należy ranę ekstrakcyjną uważać za wrota wejścia zakażenia.

Zropiałe torbiele stanowią źródło ropienia nie dającego się zawsze wytłumaczyć klinicznie, zwłaszcza przy braku typowych objawów (wypuklenie kości, trzeszczenie pergaminowe, odepchnięcie zębów sąsiednich). Tylko badanie roentgenograficzne umożliwia pewne rozpoznanie torbieli, skoro uzyskała ona już pewną wielkość, gdyż ostry, jakby wycięty kontur nadaje okrągłej w rzucie jamie kostnej charakterystyczny wygląd w obrazie roentgenowskim.

Lecz sprawa, czy torbiel jest zropiała, czy nie, nie da się rozstrzygnąć na podstawie samego obrazu roentgenograficznego; dopiero znalezienie przetoki łącznie z roentgenograficznem stwierdzeniem torbieli ustali rozpoznanie zropiałej torbieli. Celem otrzymania dokładnego obrazu roentgenograficznego torbieli są środki kontrastowe zbędne, konieczny jest tylko poprawny wybór promieni i odpowiedni czas naświetlania, by uzyskać wyraźne, pouczająca i obfite w szczegóły obrazy, które nam przed, podczas i po operacji torbieli oddają nader cenne usługi.

Allerhand (Lwów).

Ruland (Bonn). Znieczulenie miejscowe i martwice błony śluzowej w obrębie jamy ustnej. Dyss. 1922. Ref. ZBLT. F. CHIR. **49.** 1922 p. 965.

Autor badał własności znieczulające i drażniące różnych środków znieczulających: kokainy, tropakokainy, holokainy, alipiny i nowokainy. Kokaina jest jako środek znieczulający niedościgniona, holokaina i tropakaina zbliżają się do niej pod tym względem, alipina działa słabiej, wywołując tylko w częściach powierzchownych dobre działanie, lecz krótkotrwałe; nowokaina okazuje działanie najsłabsze, będąc natomiast najmniej drażniącą. Po niej następuje ze względu na własności drażniące alipina, po niej tropakokaina, następnie kokaina, wreszcie holokaina.

Allerhand (Lwów).

Williger (Berlin). Torbiele w szczękach przy braku zębów. V. F. Z. **39.** 1923. Nr. 1 p. 86.

Autor operował kilka przypadków torbieli u ludzi młodych, w wieku od 14 do 17 lat, którzy mimo obecności zupełnego i nienagannego uzębienia wykazywali w szczęce górnej torbiele znaczniejszych rozmiarów. Trudno przypuścić, by to były resztki zwyrodniałych zębów nadliczbowych; znacznie więcej prawdopodobieństwa ma przypuszczenie, że były to torbiele korzeniowe zębów mlecznych. Często spotykane u dzieci torbiele pod dwuguzkowcami, tłumaczone zwykle jako zawiązkowe, mogą być równie dobrze torbielami korzeniowemi mlecznych trzonowców. Dla ilustracji przytacza W. dwa przypadki:

1. 17-letni mężczyzna okazuje niebolesną wyniosłość w prawej szczęce górnej poniżej wyrostka jarzmowego, wykazującą trzeszczenie pergaminowe. Uzębienie bez próchnicy, brak trzech zębów mądrości i szóstki lewej dolnej. Roengenogram wykazuje cień podłużny ostro odgraniczony od czwóki do ósemki prawej górnej; zęba zatrzymanego nie widać, nie odkryto go również przy operacji.

2. Chłopak 13-letni skarży się na obrzęk lewego policzka i odpływ ropy nosem i ustami. Pomiędzy piątką a szóstką lewą górną przetoka wydzielająca przy ucisku ropę. Jedynka lewa górna jest zniszczona aż do korzenia, dwójka próchnicza z miazgą żywą, trójki brak, trójka mleczna zdrowa, również czwórka i piątka, szóstka próchnicza z miazgą żywą. Przy operacji znaleziono typową wielką torbiel zajmującą całą szczękę, niewykłutą trójkę, odepchniętą w bok wydłutowano, trójkę mleczną usunięto.

Pozatem znajdujemy w szczęce torbiele nie mające z uzębieniem wogóle nic wspólnego. *Becker* opisał małą torbiel usadowioną w dziąśle żuchwy, której pochodzenie wprowadza w związek z prelaktealną listewką zębową. Mogą to być też małe torbiele chłonne podobnie jak na wargach. Pozatem mogą przy zamknięciu płodowych szczelin szczękowych cząstki nabłonka oderwać się i utkwić w głębi. Tem tłumaczy *Klestadt* spostrzegane przez siebie t. zw. torbiele szczeliny twarzowej, umiejscowionej obok apertura piriformis, nie mające nic wspólnego z uzębieniem.

W. spostrzegał u 46-letniej kobiety torbiel na twardem podniebieniu, której pochodzenie nie jest mu jasne, trzy *cm* za brzegiem dziąsła po stronie prawej, rozpoczynającą się i sięgającą do granicy podniebienia twardego i miękkiego. W uzębieniu braki, dwójki prawej górnej brak, inne zęby bez próchnicy. Odległość torbieli od zębów przemawiała przeciw związkowi z uzębieniem. Przy operacji stwierdzono kość nienaruszoną, niewypukloną, treść torbieli zawierała cholesteryn, nieco tłuszczu i ślady kwasu bursztynowego. Turbiel ta rozwinęła się więc bez związku z uzębieniem między kością a śluzówką. Jako możliwe tłumaczenie jej powstania możnaby przypuszczać, że znajdujące się w wyściółce podniebienia gniazdo nabłonkowe uległo zwyrodnieniu torbielowatemu.

Allerhand (Lwów).

ROENTGENOLOGJA

Collins, Le Master. Roentgenologja dentystyczna. The Int. J. of. Ort. and Oral Surg. 1921; 12. Ref. JOURN. DE RADIOL. **6.** 1922; 9. 432.

Szkic możliwości zastosowania roentgenologji w djagnostyce stomatologicznej z uwzględnieniem różnic struktury obu szczęk. W szczególności należą do zakresu omawianego wykłuwania zębów, choroby części twardych i miękkich zębów i ich następstwa, schorzenia brzeżne ozębnej wreszcie choroby chirurgiczne szczęk, badanie jamy szczękowej i umiejscowienie ciał obcych.

Dewey. Badanie roentgenologiczne odnowy kostnej po odcięciu wierzchołka. The Int. J. of Orth. and Oral. Surg. 1922; 4, 229, ryc. 9. Ref. JOURN. DE RADIOL. **6.** 1922; 11, 545.

Badanie roentgenologiczne dowodzi, że istotnie ma miejsce odnowa kostna i że ubytek wytworzony odcięciem wierzchołka zapełnia się z czasem nowowytworzoną tkanką kostną. Serje zdjęć wskazują etapy tej sprawy regeneracyjnej.

Esguerra, Monod, Richard. O użyciu materjałów plastycznych przy radjoterapji powierzchownej. (Généralités sur l'emploi des substances plastiques en curiethérapie des surface). JOURN. DE RADIOL. **6.** 1922; 7.

Z obszernego tego artykułu interesuje dentystów ustęp omawiający użycie materjałów używanych w dentystyce do celów leczenia radem. Materjał taki powinien łatwo się dawać zastosować do powierzchni, na której ma być użyty, musi mieć jednostajną grubość, przytem być dobrym filtrem dla promieni wtórnych i nie wysyłać promieni szkodliwych, winien być lekki i nieprzenikliwy a przytem łatwy w obróbce. Warunkom tym odpowiadają dentystyczne masy odciskowe, jak „masa Stenta", „Kerra", „Godhiva" i in. Autorzy nie byli zadowoleni z ich użycia, gdyż dają one przyrządy ciężkie, bogate w tlenki metaliczne, przytem łatwo deformują się w jamach ciała. Przytem działają niekiedy szkodliwie przy większych rozmiarach, wydając obficie promienie szkodliwe. *A.*

Hadengue. Aerofagja (połykanie powietrza); związek z dostawkami zębowemi. Kontrola roentgenologiczna. BULL ET MÉM. SOC. RADIOL MED. DE FRANCE. X. 1923; 92, 202.

Opis przypadku mężczyzny 35-letniego, który po otrzymaniu ze względów estetycznych dostawki kauczukowej z czterema zębami przedniemi w szczęce górnej, doskonale zresztą dostosowanej, i zupełnie mu nie przeszkadzającej, począł po upływie kilku dni odczuwać przykre objawy ciężkości w żołądku, flatulencji, bolesności w jamie brzusznej, a nawet bicia serca i zawrotów. Przytem apetyt był zachowany, a stan ogólny zupełnie zadowalający.

Badany roentgenologicznie w miesiąc po otrzymaniu dostawki przedstawiał typowy obraz aerofagji znacznego stopnia w połączeniu z aeroenterją (powietrzem w kiszkach) bez innych zmian. Zapytywany o początek cierpienia przyznał, że dostawka zupełnie dobrze zresztą znoszona, stała się dlań punktem wyjścia ruchów przymusowych (tic), polegających na ciągłem ssaniu dostawki i połykaniu obficie się przytem wydzielającej śliny. Że równocześnie ze śliną wchodziło też obficie powietrze do żołądka, można było z łatwością stwierdzić roentgenologicznie. Choremu polecono nie używać dostawki przez przeciąg kilku dni i rzeczywiście wszystkie objawy ze strony narządu pokarmowego ustąpiły. Uspokojonemu tem choremu wyperswadowano, że cierpienie jego jest wynikiem złego przyzwyczajenia ssania dostawki, poczem zdołał on nad niem zapanować i przyzwyczaić się do dostawki, poczem dolegliwości ustąpiły definitywnie. *A.*

Harwood, Comte. Roentgenologja dentystyczna. (La Radiographie en Art Dentaire). JOURN. DE RADIOL. **6.** 1922; 6, 276, ryc. 5).

Krótkie omówienie aparatury używanej przez autorów z dołączeniem kilku zdjęć znacznie powiększonych i działających przez to bardzo plastycznie. *A.*

Jentzer. Korzyści zmodyfikowanego przyrządu *Ponta* przy leczeniu radem nowotworów gardzielowych. JOURN. RADIOL. ELECTROL. **6.** 1922; 1, 27, ryc. 1.

Przyrząd *Ponta* składa się w zasadzie z obrączki używanej przy regulacji zębów do osadzania na zęby trzonowe; do niej przymocowany jest pręt gwintowany odpowiedniej długości, na którego końcu mieści się rad. J. ulepszył ten przyrząd, dodając jeszcze naśrubnik i haczyk, umożliwiając tem samem doskonalsze nastawienie substancji radjoaktywnej w stosunku do nowotworu. Aparatu swego użył z powodzeniem w przypadku raka nagłośni u mężczyzny 67-letniego. *A.*

Laue. (Bonn). Uszkodzenia śluzówki ustnej promieniami Roentgena. Dyss. 1921. Ref. ZTBL. F. CHIR. **49.** 1922 p. 571.

Sprawozdanie z dwóch przypadków spostrzeganych w klinice skórnej w Bonn. Zachowanie się śluzówki ustnej przy odczynie roentgenowskim odpowiada naogół odczynowi wczesnemu, przyczem występuje później i odznacza się większą uporczywością. Gruczoły ślinne wykazują podobne zaburzenia czynnościowe, przyczem pojawia się zaczerwienienie i obrzęk błony śluzowej, tudzież suchość w ustach. To wszystko powoduje znaczne dolegliwości uniemożliwiające nawet mowę i jedzenie. Leczenie jest czysto objawowe, polega na płukaniu ust łagodnemi środkami przeciwgnilnemi; należy unikać podrażnienia silnemi antyseptykami. Pod względem zapobiegawczym obowiązuje reguła *Hoffmanna:* przy zastosowaniu leczniczem promieni Roentgena w dermatologji zwłaszcza w okolicy twarzy należy działanie głębokie zredukować do minimum przy równoczesnem skutecznem działaniu powierzchownem. Można to uzyskać przez zastosowanie filtru, niezbyt wielkie odstępy i odpowiednie zasłonięcie części niepodlegających naświetlaniu. *Allerhand* (Lwów).

Main. Wskazania roentgenologji dentystycznej. The Int. Journ. of Orth. and Oral Surg. 1922; 5, 309, ryc. 9. Ref. JOURN. DE RADIOL. **6.** 1922; 11, 547.

Przegląd najważniejszych wskazań, z których najczęstszemi są zmiany okołowierzchołkowe, do których tłumaczenia potrzebne są też należyte dane z anatomji i patologji. Leczenie korzeni winno przez szereg miesięcy być kontrolowane zdjęciami. Licznych błędów rozpoznawczych, leczniczych i prognostycznych można uniknąć przez użycie roentgenologji. Długość przewodów, ich kierunek, należyte wypełnienie może być stwierdzone tylko roentgenologicznie. Pozatem należą do kontyngentu spraw chorobowych w których roentgenologja dentystyczna ma zastosowanie: torbiele, nerwobole pochodzenia nieokreślonego, zębiaki, ropotok. Odpowiedzialność dentysty pochodzi częstokroć z braku użycia badania roentgenologicznego. *A.*

Roper. Ułożenie filmów w ustach. The Int. J. of Orth. and Oral Surg. 1922; 5, 303—309, ryc. 12. Ref. JOURN. DE RADIOL. **6.** 1922; 11, 545.

Głowa chorego badanego winna być ustawiona pionowo, a powierzchnia zgryzowa poziomo, do czego pomocną może być libella *Simpsona*.

Do utrzymania filmu w ustach używa R. bloku z rynienką, w którą wkłada film, każąc choremu gryźć w blok. *A.*

Tranier. Roentgenologja dentystyczna. (La Radiographie dentaire. Technique et indications). Thése de Montpellier. 1921. Ref. JOURN. DE RADIOL. 6. 1922; 2, 90.

Dokładna praca opatrzona licznemi ilustracjami omawia dokładnie wskazania i możliwości roentgenologji w stomatologji; również technika jest szczegółowo omówiona. Strona typograficzna artystyczna. *A.*

DENTYSTYKA ZACHOWAWCZA

Leffler-Rune. (Göteborg). O wartości wkładek porcelanowych. Corresp. BL. F. Z. **48.** 1922. Nr. 2 p. 31, Nr. 3 p. 62.

U każdego chorego, bez względu na jego wiek, u którego stwierdzamy próchnicę zęba stałego, należy włożyć trwałą wkładkę, nie drażniącą miazgi ani dziąsła. Jeżeliby ten chory był stale tak leczony, utrzymałby on swoją jamę ustną w zupełnie zdrowym stanie i nie zapoznałby się nigdy z resekcją korzeni, ani nie byłby narażony na choroby całego organizmu, których powodem stać się mogą przewlekłe sprawy okołoszczytowe. Aby dojść do dobrego rezultatu powinniśmy używać wypełnień pewnych, z pośród których wkładka porcelanowa *Jenkinsa* jest w pewnych warunkach bezsprzecznie najlepszą.

Jest ona chemicznie zupełnie obojętna i w przeciwieństwie do złotej złym przewodnikiem ciepła. Nie drażni miazgi nawet wtedy, gdy się znajduje bardzo blizko niej; ma gładką lśniącą powierzchnię bez wystających brzegów, przyczem nie trudno o odpowiedni kształt. Wkładka jest twarda, długotrwała, zachowuje kształt i barwę, a wtórna próchnica rzadko pod nią występuje. Okoliczność, że wkładka ta łatwo się daje dostosować do brzegów ubytku, że brzegi jej nie ciemnieją, przemawia też na jej korzyść.

Udoskonalenie wkładki porcelanowej przez *Jenkinsa* mogło tylko nastąpić po żmudnych próbach i pracach jego poprzedników, potomności częściowo tylko znanych (*Linderera* 1820, *Murphyego* 1837, *Lauda* z Detroit, *Herbsta* i *Sachsa*). *Jenkins* wynalazł w r. 1898 porcelanę nadającą się do robienia wkładek, do której robił odciski ze złotej folji Nr. 30. Trudność sprawia jedynie topienie tej porcelany w elektrycznym piecu, gdzie się też łatwo spala. Autorka zwraca się z naciskiem przeciwko wypełnieniom krzemianowym; polemizuje z *Renströmem* (Svensk Tandlaeges Tidskrift 1920 Nr. 7) twierdzącemu, że wypełnienia krzemianowe są najnaturalniejsze; powodują one z czasem utratę transparencji zęba, a nieraz zapalenie miazgi, jej rozkład i przewlekłe sprawy okołoszczytowe. Również polemizuje z *Elandrem* propagującym też wypełnienia krzemianowe i wyraża nadzieję, że przyszłość należy do wkładki porcelanowej.

Brill (Lwów).

PROTETYKA

Bakker (Utrecht). Błąd przy odlewaniu i jego przyczyna. Corresp. Bl. f. Z. 48. 1922. Nr. 3 p. 5.

Dlaczego powstają przy odlewaniu wypełnień (inlay) otworki u nasady ćwieka? Na to pytanie pojawiły się kilkakrotnie odpowiedzi, ale przeważnie niewyczerpujące. *Bakker* podaje wyjaśnienie przyczyny powstawania błędu przy odlewaniu i sposób zaradzenia temu.

Twierdzenie jakoby bańka powietrza była powodem tego błędu jest nieuzasadnione, gdyż przy najrozmaitszych metodach odlewania (siłą odśrodkową, z wolnej ręki, ciśnieniem pary) powstaje w pewnych warunkach odlewania stale w tem samem miejscu otworek. Przeciw temu twierdzeniu przemawia ponadto, że masa formy, w której odlewamy, jest porowatą, i że powietrze tam się znajdujące podczas ogrzewania uchodzi. W płynnym metalu niema żadnej próżni, natomiast powstaje ona w czasie ścinania się metalu i to obok nasady ćwieka.

Aby to zrozumieć, musimy się zapoznać z procesem ścinania się metali. W stanie stałym są one krystaliczne; przy przejściu ze stanu płynnego w stan stały zmieniają się niektóre właściwości jak: gęstość, objętość, ciężar właściwy, a cała struktura tworzy krystaliczne jądra, których ilość jest największą w bezpośredniej okolicy punktu topienia. Płynny metal, przyjmujący kształt naczynia przy ścinaniu się przybiera kształt lejka o rozmaitej wielkości, zależnie od szybkości oziębiania się jego powierzchni i ścian. Stopiony metal oddaje ciepło formie do odlewania, a najwięcej ciepła oddaje w miejscu rozszczepienia obu ramion zwyczajnie używanej foremki w kształcie odwróconego T. Gdy ścinanie się metalu dobiega ku końcowi znajduje się w miejscu rozszczepienia, a więc u nasady ćwieka, jeszcze płynny metal w kształcie 2 stożków zwróconych w przeciwnych kierunkach, a w miejscu wspólnego wierzchołka tychże pozostaje po zupełnem stężeniu otworek. Dalszy dopływ metalu z lejka (miejsce ćwieka) jest niemożliwy, gdyż w jego dolnej części ściął się jeszcze przedtem metal. Jeżeli umieścimy w miejscu rozszczepienia ramion formy do odlewania radjatory z dobrego przewodnika ciepła o kształcie odwróconego T, wówczas odda stopiony metal wzdłuż całego przebiegu formy równą ilość kaloryj, nie powstanie zatem otworek. Zastosowanie radjatorów przy odlewaniu wypełnień jest uciążliwe i niepraktyczne, natomiast możemy odpowiednio przystosować kanał do odlewania t. j. ćwiek.

Bakker otrzymał długim i cieńkim ćwiekiem nawet przy najmniejszem wypełnieniu otworek, natomiast przy grubych i krótkich ćwiekach powstawał on dopiero przy wielkich wypełnieniach. Metoda odlewania była bez wpływu na powstawanie otworków. *Bakker* doszedł zatem do słusznego wniosku, iż tworzenie się por przy nasadzie ćwieka polega na nieodpowiednim stosunku formy kanału odlewnego (długość i grubość ćwieka) do objętości wypełnienia.

Brill (Lwów).

ORTOPEDJA SZCZĘKOWA

Ivy (Filadelfja). Praktyczny sposób ustalenia złamanej żuchwy. (Practical Method of Fixation in Fractures of the mandible. Cl. Congres A. C. S. 1921). SURG. GYN. OBSTETR. **24.** 1922 p. 670 ryc. 12.

Poleca ustalenie zapomocą przewiązek drewnianych założonych na dolne i górne zęby, łączonych czasowo przewiązkami, które się zdejmuje, ilekroć chory ma spożywać pokarmy. *Allerhand* (Lwów).

Krueger (Berlin). Leczenie chirurgiczne wydatności żuchwy. ARCH. F. KLIN. CHIR. **118.** 1921 p. 261. Ref. ZBLT. F. CHIR. **49.** 1922 p. 964.

Sprawozdanie z trzech przypadków, w których wspólnie z dentystą leczono wydatność żuchwy następującym sposobem: obustronne cięcie dwa do czterech *cm* długie i odsunięcie okostnej, następnie wywiercenie otworów wiertłem elektrycznem w linji przyszłego wypiłowania, które dokonuje się dłutem. Następuje dostosowanie części resekowanych, ustalenie śrubami opatrunków śródustnych i ewentualnie wzmocnienie szyny wiązaniem drutowem; szef kostny jest zbędny. *Allerhand* (Lwów).

PATOLOGJA I TERAPJA

Alikhan. Przypadek zgorzelinowego zapalenia jamy ustnej pochodzenia białaczkowego. REV. MÉD. DE LA SUISSE ROMANDE **41.** 1921. Nr. 12. Ref. ZBLT. F. CHIR. **49.** 1922 p. 1224.

Dokładnie spostrzegany przypadek białaczki, zakończonej śmiertelnie u chorej dwudziestoczteroletniej; autor wysnuwa ze swych spostrzeżeń następujące wnioski:

1. zgorzelinowe zapalenie jamy ustnej stanowi niekiedy powikłanie ostrej białaczki i jest wtedy objawem początkowym;
2. w wypadkach niewyjaśnionego zgorzelinowego zapalenia jamy ustnej wskazane jest badanie krwi;
3. we wszystkich przypadkach wątpliwych musi badanie krwi poprzedzać zabieg chirurgiczny. *Allerhand* (Lwów).

Dorrance (Filadelfja). Etjologja, patologja i leczenie torbieli szczękowych. (Etiology, Pathology and Treatment of Cysts of the Jaws). JAMA **77.** 1921. Nr. 24 p. 1883 ryc. 1. Odczyt w Sekcji stomatologicznej American Medical Association.

Częstość poszczególnych rodzajów torbieli można przedstawić w stosunku następującym: zawiązkowe 20%, korzeniowe 80%, a wielomiejscowe 0·5%.

Torbiele korzeniowe są częstsze w szczęce górnej niż w żuchwie i najczęściej pochodzą od bocznego siekacza, a następnie od kła. Pochodzi to może stąd, iż te dwa zęby znajdują się w miejscu zrostu wyrostka międzyszczękowego ze szczęką, stanowiącem przez to niejako miejsce słabszego oporu, podobnie pochodzą w żuchwie torbiele korzeniowe naj-

częściej od środkowych siekaczy, będących w miejscu połączenia obu połów żuchwy.

Torbiele zawiązkowe zwykle zaczynają się szybko rozwijać w czasie normalnego wyrzynania zęba, najczęściej pochodzą od górnych zębów.

Rozpoznając różniczkowo należy je odróżnić od ropienia jamy *Highmora*, tudzież puchliny i torbieli tej jamy, której guzów autor nigdy nie spostrzegał, tudzież od guzów, jak kostniaki i mięsaki.

Allerhand (Lwów).

Einig (Bonn). Ziarenka *Mucha* w zębach zgorzelinowych. Dyss. 1921. Ref. ZBLT. F. CHIR. **49.** 1922 p. 568.

Autor znalazł we wszystkich badanych przez siebie zębach, ziarenkowce gromododatnie, wytrzymałe na antiforminę i przychodzi na tej podstawie do przekonania, że pogląd *Zilza*, jakoby tu chodziło o ziarenka *Mucha* zupełnie nie jest uzasadniony. *Allerhand* (Lwów).

Euler (Getynga). Ropotok zębodołowy w świetle najnowszych badań. (Alweolarnaja piorea w swietie nowiejszich izsledowanij). ВРАЧЕБНОЕ ОБОЗРЕНЕ **2.** 1922. Nr. 2 p. 53.

Artykuł daje pogląd na ostatnie większe prace o ropotoku zębodołowym, wyszłe w ostatnich dwóch latach a mianowicie: *Gottlieba, Fleischmanna*, *Neumanna*, *Weskiego* i *Adloffa*. Cytując je obszernie, stara się autor uprzytomnić czytelnikom, co w podanych teorjach etjologji i patogenezy ropotoku jest słuszne i trafne, a co polega tylko na rozumowaniu bez dostatecznych podstaw. Lektura artykułu nie może zastąpić zapoznania się z pracami oryginalnemi. *Allerhand* (Lwów).

Péter, Hofer (Wiedeń). Ostre zapalenie ozębnej; powikłania, leczenie. ZFT. F. STOM. **21.** 1923. Nr. 1 p. 1.

Stwierdziwszy, że pomimo obszernego przedstawienia sprawy zapalenia ozębnej we wszystkich podręcznikach dentystycznych, praktykowi brak częstokroć orjentacji co do sposobów leczniczych, odpowiadających okresowi cierpienia, przedstawiają, starając się o wypełnienie tej luki, dwaj młodzi autorzy, asystenci uniwersyteckiego zakładu dentystycznego w Wiedniu, poszczególne postaci zapalenia ozębnej, odgraniczając równocześnie jej poszczególne okresy i podając odpowiednie dla każdej postaci i dla każdego okresu leczenie, stosowane w wiedeńskim zakładzie.

Ponieważ nazwą „zapalenia ozębnej“ obejmuje się rozmaite postaci chorobowe, różniące się objawami i przebiegiem, przeto przedewszystkiem starają się autorzy o ujęcie tych różnych form w pewien system. Zapalenie ozębnej należy podzielić na dwie wielkie grupy:

A) przyzębowe (paradental), gdy zakażenie, wywołujące je, pochodzi z otoczenia zęba, i

B) korzeniowe, (radikulär), gdy powodem jest zgorzelinowa miazga.

Grupa pierwsza obejmuje siedm różnych postaci:

1. Periostitis marginalis s. paradentalis acuta (zapalenie ozębnej brzeżne czyli przyzębowe ostre), przebiegające z przewagą objawów podmiotowych (bolesność zęba przy nagryzaniu i opuku), podczas gdy objawy

przedmiotowe ograniczają się tylko do nieznacznego ochwiania, czasem też do zaczerwienienia i nacieczenia błony śluzowej i ozębnej;

2. Abscessus paradentalis acutus (ostry ropień przyzębny), zwykle rozmiarów grochu do orzecha laskowego, czasem i większy, umiejscowiony tuż powyżej brzegu dziąsła;

3. Ostitis paradentalis acuta (ostre przyzębne zapalenie kości szczękowej), gdzie zakażenie drąży w głąb kości wywołując ciężkie objawy;

4. ostre zakażenie kieszonki zęba mądrości;

5. Periostitis septi (ostre zapalenie okostnej przegródkowej);

6. Alveolitis acuta purulenta (ostre zapalenie zębodołu);

7. Zapalenie przyzębne spowodowane arsenem.

Rozpoznanie pierwszej postaci przedstawia czasem pewne trudności: ząb jest nieznacznie ochwiały, tkliwy przy opukiwaniu, chory skarży się na silne bole samoistne; badanie prądem faradycznym stwierdza żywotność miazgi i chroni nas przed otwieraniem zęba. Przy silniejszem ochwianiu, wytworzeniu kieszonki, lub znaczniejszym ropotoku nie przedstawia rozpoznanie trudności. Pozatem należy uwzględnić brak zmian na błonie śluzowej i brak bolesności na ucisk w okolicy szczytowej. Zapalenia takie zdarzają się przy wypełnieniach zbyt wysokich, przy silnem rozdzielaniu (separacji) zębów, przy wypełnieniach sterczących z ubytku i ugniatających brodawkę dziąsłową, przy braku stycznika (Kontaktpunkt). Leczenie: usunięcie przyczyny tudzież uchronienie zęba przed urazem przez zeszlifowanie go, smarowanie dziąsła nalewką jodowa.

Postać druga jest łatwa do poznania: ząb jest bolesny i ochwiały, bole znaczne. U brzegu dziąsła znajdujemy częstokroć ropny brzeżek a tuż powyżej ściśle ograniczony ropień. Postać ta zdarza się szczególnie przy ropotoku przebiegającym z przerostem i obrzmieniem dziąsła i odznacza się skłonnością do nawrotów. Ropnie te znachodzą się najczęściej nad trzonowcami o żywej miazdze, a także nad dwuguzkowcami, rzadziej nad zębami przedniemi, jeszcze zupełnie nie okazującemi objawów ropotoku ani wytworzenia kieszonek u chorych, którzy jednak albo wykazują widoczne zmiany ropotoczne na innych zębach, lub też skłonność do ropotoku *(Weiser)*. Leczenie: cięcie długości 3—4 *mm*.

Postać trzecią stanowi ciężkie posocznicze zakażenie drobnoustrojami, które znalazły wrota wejścia albo w skaleczeniu u brzegu dziąsła albo też w jakikolwiek sposób dostały się pomiędzy dziąsło a kość, n. p. przez wstrzyknięty niejałowy płyn znieczulający. Rozpoczyna się jak choroba zakaźna gorączką, dreszczami, ogólnem osłabieniem i znaczną bolesnością w szczęce. Większa ilość zębów jest ochwiana, błona śluzowa silnie zaczerwieniona, obrzęk stosunkowo nieznaczny. Zęby wykazują żywe miazgi, co dowodzi, że zapalenie jest pochodzenia ozębnego. Przy zębach leczonych lub zgorzelinowych rozstrzyga niestosunek pomiędzy ciężkim stanem ogólnym a nieznacznemi objawami miejscowemi: przy zapaleniu ozębnej szczytowem musiałoby przy tak znacznym odczynie ogólnym wystąpić znaczne obrzmienie i nacieczenie części miękkich. Leczenie polega na szerokiem prostopadłem do kości nacięciu w luźnej części dziąsła i setonowaniu gazą jodoformową; bez względu na to, czy znaleźliśmy ropę czy nie, sprawia nacięcie znaczną ulgę.

Czwartą postać przedstawiają zakażenia pochodzące od zęba mądrości, bądźto pokrytego jeszcze dziąsłem, bądźto wyrzynającego się. Objawy: bolesność, obrzęk i szczękościsk. Gruczoły podszczękowe bolesne i obrzmiałe. Przy znaczniejszem nasileniu: ropówkowy obrzęk okolicy podszczękowej, czasem wytworzenie się ropnia na policzkowej stronie żuchwy. Sprawy te są wprawdzie niekiedy bardzo ciężkie, lecz przy energicznem leczeniu przedstawiają niebezpieczeństwo znacznie mniejsze, niż podobne sprawy pochodzące od spraw korzeniowych zęba mądrości. Leczenie: wystrzykanie kieszonki wodą utlenioną, upychanie gazą jodoformową, przyżeganie wrzodzika, znajdującego się po wewnętrznej stronie kieszonki azotanem srebrowym. Gdy to nie pomaga, lub gdy objawy są od początku cięższe, usunięcie zęba mądrości nawet przy znacznym szczękościsku. Ropówka rozpoczyna się częstokroć od wrzodu powstającego przez to, że górny ząb mądrości nagryza na fałd błony śluzowej pokrywającej ząb dolny; w tych wypadkach wystarcza zeszlifowanie lub usunięcie górnego zęba.

Postać piątą stanowi ropne zapalenie przegródki *(Greve)*, spotykane w trzonowcach o odsłoniętych korzeniach z powodu ropotoku lub braku przeciwnika. Nagły początek, ból, bolesność zęba przy opukiwaniu i ochwianie tudzież obrzęk gruczołów znamionują tę postać; otaczające dziąsło jest obrzękłe i sine. Leczenie: wyjęcie zęba.

Do szóstej kategorji należą przypadki, w których pod postacią wrzodziejącego zapalenia jamy ustnej (stomatitis ulcerosa) przychodzi do zropienia zębodołów pojedynczych zębów lub grup zębowych i do utraty zębów *(Blessing* 1919). Za przykład może służyć rtęcica (stomatitis mercurialis). Nazwa: alveolitis acuta purulenta paradentalis dlatego jest odpowiednia, gdyż sprawa nigdy nie przechodzi na trzon kości szczękowej, lecz ogranicza się wyłącznie do zębodołow.

Zapalenie ozębnej arsenowe, stanowiące postać siódmą, zostaje sztucznie wywołane przez nieostrożne włożenie pasty arszenikowej do zęba i wywołanie obumarcia tkanki przegródkowej na mniejzej lub większej przestrzeni z następowem zapaleniem tkanki otaczającej. Rozpoznanie ustalają wywiady i ewentualnie usunięcie martwiaczka. Leczenie: usunięcie ewentualne resztek pasty arszenikowej i przepłukiwanie letnią wodą utlenioną.

Do grupy drugiej należą wszystkie schorzenia ozębnej i okostnej zębodołu, istoty gąbczastej kości szczękowych, okostnej zewnętrznej tudzież części miękkich przyległych, które mają za punkt wyjścia zakaźną treść przewodów korzeniowych, pochodzącą bądźto od zgorzeli miazgi, bądźto od niejałowych wypełnień korzeniowych. Objawy kliniczne są tu podobne: tkliwość na opuk, ochwianie, później obrzęk okolicznych gruczołów w różnorodnej skali nasilenia. Poszczególne postaci tej grupy są następujące:

1. Periostitis acuta simplex (zapalenie ozębnej zwykłe), objawiające się mierną bolesnością samoistną i przy opukiwaniu tudzież ochwianiem zęba;

2. Abscessus apicalis acutus (ropień wierzchołkowy, bądźto ostry, bądźto stanowiący zaostrzenie sprawy przewlekłej;

3. Periostitis acuta purulenta (ostre ropne zapalenie ozębnej, abscessus alveolaris acutus *Partsch*).

Przekraczając kość szczękową może sprawa ropna dosięgnąć zewnętrznej powierzchni kości lub powierzchni wewnętrznej, jamy nosowej, jamy szczękowej. Stąd cztery kategorje:

4. Rozszerzenie się zakażenia ozębnego ku stronie policzkowej z obrzmieniem części miękkich, zropieniem, nawet ropówką okolicy policzkowej lub podszczękowej (periostitis radicularis externa);

5. Rozszerzenie się zakażenia ozębnego ku stronie wewnętrznej: abscessus palatinus, abscessus mandibularis internus, Angina Ludovici, phlegmona orbitae.

Przy szczególnej jadowitości drobnoustrojów wywołujących może przyjść w następstwie ciężkich postaci zapalenia ozębnej do zapalenia opon mózgowych, zgorzeli płuc, ogólnej posocznicy; powikłania te mogą spowodować śmierć chorego.

Co do pierwszej postaci: periostitis acuta simplex, może ona być wywołana chemicznem lub drobnoustrojowem uszkodzeniem ozębnej. Leczenie ma tu na celu przedewszystkiem jak najrychlejsze otwarcie komory miazgowej, ewentualnie usunięcie starych wypełnień korzeniowych, wyjałowienie przewodów i wykluczenie zęba ze zgryzu.

Postać druga, ostry ropień wierzchołkowy, powstaje zwykle z ziarniniaka lub torbieli, które uległy zropieniu; prócz objawów ogólnego zapalenia ozębnej jest znamiennym tutaj nieznośny, wściekły ból. Obrzęku części miękkich brak prawie zupełnie, natomiast znaczna bolesność okolicy szczytowej. Leczenie: otwarcie zęba (trepanacja), wykluczenie ze zgryzu, oczyszczenie przewodów; czasem udaje się przekłucie wierzchołka wprowadzoną igiełką, przez co tworzy się odpływ dla nagromadzonych gazów i ropy, któremu towarzyszy natychmiastowe ustąpienie bolu. W przeciwnym razie wskazane jest: przy tylnych zębach wyjęcie zęba, przy przednich trepanacja kości szczękowej w znieczuleniu po utworzeniu płata śluzowo-okostnowego, jak przy odcięciu wierzchołka. Samo odcięcie wierzchołka powinno nastąpić na drugiem posiedzeniu, po upływie pewnego przeciągu czasu, kiedy ostre objawy ustąpią.

W trzecim przypadku może już po 24 godzinach być cały ząb opłukany ropą i znacznie ochwiały przy równoczesnej silnej bolesności. Błona śluzowa jest w otoczeniu zęba silnie zaczerwieniona i obrzmiała. Leczenie: natychmiastowe usunięcie zęba, przyczem objawy bezzwłocznie ustępują.

Przy postaci czwartej: periostitis radicularis externa możemy z uwagi na jadowitość drobnoustrojów, rozmiary obrzęku części miękkich i nasilenie objawów wogóle rozróżnić trzy formy:

a) obrzęk mierny, naciek w przedsionku ustnym, nieznaczne podniesienie ciepłoty (37·5 do 37·9); w tym okresie możnaby się ewentualnie pokusić o zażegnanie sprawy przez leczenie winnego zęba;

b) postać druga przedstawia objawy ciężkiego zakażenia: obrzęk bardzo znaczny, szczękościsk, naciek w przedsionku zbity, rozległy i bardzo bolesny. Jako leczenie polecają autorzy: trepanację zęba i nacięcie sięgające aż do kości w załamku dziąsła bez względu na to, czy chełbotanie (fluktuacja) jest wyczuwalne, czy też nie, następnie setony z gazy

jodoformowej, płukanka i ciepłe okłady. *Weiser* poleca skrócenie przebiegu głęboko usadowionych ropni w sposób analogiczny do stosowanego w podobnych przypadkach głębokich ropni tułowia lub kończyn, przez celowe, ostrożne, preparacyjne przenikanie nożem wgłąb w znieczuleniu przewodowem, przez co uzyskuje się nietylko szybsze wyleczenie, lecz także ten wynik, że ciepłota nie wychodzi powyżej 37·8 do 38 stopni, czem zapobiega się niebezpieczeństwu posocznicy. (Uwaga sprawozdawcy: Uważam stanowisko opisane, starające się przedewszystkiem o uratowanie zęba, za zbyt zachowawcze i radziłbym w podobnych przypadkach bezwzględnie usunięcie winnego zęba).

c) w trzeciej formie wysuwa się na pierwszy plan ciężki stan ogólny: wysoka ciepłota, dreszcze, miejscowo deskowaty naciek bez skłonności do szybkiego zropienia. Leczenie: bezzwłoczne usunięcie zęba i nacięcie. Przy braku natychmiastowej poprawy leczenie jak przy posocznicy wogóle: kolargol, urotropina, szczepionki.

Postać piąta: periostitis radicularis interna:

Ropnie podniebienne pochodzą najczęściej od bocznych siekaczy, czasem od podniebiennych korzeni pierwszych dwuguzkowców, lub pierwszych trzonowców, rzadziej od innych zębów. Leczenie: nacięcie w kierunku poprzecznym do osi długiej zęba, tuż powyżej miejsca, gdzie ropień odsadza się od śluzówki. Przez to unikamy ewentualnie skaleczenia tętnicy podniebiennej (arteria palatina).

W lekkich przypadkach zapalenia ozębnej zębów dolnych nie przekracza sprawa obszaru kości, wytwarzając ropień po językowej stronie żuchwy, (abscessus mandibularis internus), który łatwo można wyleczyć cięciem drążącem prostopadle aż do kości. W wypadkach ciężkich przechodzi sprawa zapalna na dno jamy ustnej, powodując objawy znane pod nazwą Angina Ludovici. Bole przy otwieraniu i zamykaniu, deskowaty naciek, utrudnienie połykania, wysoka ciepłota i dreszcze są jej znamionami. Leczenie: bezzwłoczne usunięcie zęba i operacja od zewnątrz w uśpieniu, mająca na celu warstwowe, preparacyjne dosięgnięcie ogniska. Przytem należy baczną zwrócić uwagę na ewentualnie wystąpić mogący obrzęk miękkiego podniebienia lub głośni znacznego stopnia, zagrażający życiu chorego. Najcięższe sprawy tego rodzaju pochodzą od zgorzelinowych przewodów dolnych zębów mądrości.

Głęboka ropówka szyjna cechuje się deskowatym naciekiem rozciągającym się bez ostrego odgraniczenia od policzka do szyji i obojczyka. Znaczne nacieczenie części miękkich szyji odpycha głowę chorego ku tyłowi; to patogonomiczne ustawienie jest znakiem złego rokowania. Leczenie jak wyżej.

Postać szóstą stanowi: przebicie ropnia do jamy nosowej; zdarzyć się może przy górnych przednich zębach i stanowi właściwie pomyślny sposób samowyleczenia, natomiast (7) przebicie do jamy szczękowej, pochodzące zwykle od drugiego dwuguzkowca lub pierwszego trzonowca jest zejściem niekorzystnem, gdyż powoduje „ropny otok jamy szczękowej pochodzenia zębowego“. Objawy: gorączka, dreszcze, nieznaczny obrzęk w okolicy ucisku na fossa canina, wyciek ropny z nosa. Badanie roentgenograficzne, prześwietlanie i nakłucie próbne przyczyniają się do ustalenia rozpoznania.

Ciężkie zapalenia ozębnej mogą poprzez jamę szczękową doprowadzić do ropienia w oczodole; objawia się ono wytrzeszczem (exophtalmus) i znacznem nacieczeniem powiek; powikłanie to musi być leczone operacyjnie, przyczem okulista i dentysta winni razem współdziałać.

Allerhand (Lwów).

Pettit (Portland). Guzy żuchwy. (Mandibular Tumors. JAMA 77. 1921. Nr. 24 p. 1881 ryc. 6. Odczyt w Sekcji stomatologicznej American Medical Association).

Przeważna większość guzów żuchwy jest natury łagodnej; guzy złośliwe nie okazują cech złośliwych we wczesnych okresach. Więcej, niż w jakiejkolwiek innej części ciała potwierdza się w jamie ustnej teorja przewlekłego podrażnienia urazowego i bakteryjnego jako czynnika przyczynowego w patologji guzów złośliwych.

1. Epulidy, choć są zasadniczo złośliwe, lecz mają przebieg nader powolny i dają łatwe wyleczenia, jeśli zostaną wcześnie rozpoznane i odpowiednio leczone. Za przyczynę należy uważać przewlekłe podrażnienia, a za każdym nawrotem złośliwość ich wzrasta. Pojawiają się zwykle po usunięciu chorych zębów.

2. Torbiele bywają zawiązkowe lub korzeniowe. Leczenie należy stosować operacyjne z zachowaniem zębów. *Allerhand* (Lwów).

Talbot. „Gingivitis Interstitialis“ (Pyorrhea Alveolaris). DENT. COSM. **63.** 1921. Nr. 8 p. 795, ryc. 5. Odcz. Dent. Soc. St. New York, dnia 5. maja 1921.

Badania swe rozpoczął T. w r. 1878 i prowadzi je dotychczas bez przerwy. Wytyczne poglądów jego na istotę ropotoku zębodołowego dadzą się ująć w sposób następujący:

1. Choroba objawia się miejscowo, mając swe źródło w przyczynach miejscowych (kamień, urazy, zła dentystyka) i ogólnych (osłabienie siły żywotnej osobnika wogóle i tkanek w szczególności, choroba krążenia, zatrucia);

2. choroba jest zaraźliwa t. zn., że ząb chory może zarazić inne w tej samej jamie ustnej, lecz nie przenosi się z osobnika na osobnika;

3. główną rolę odgrywa budowa wyrostka zębodołowego;

4. będącego narządem końcowym ze względu na przebieg naczyń i nerwów;

5. ząb jest niejako ciałem obcem, gdyż naczynia i nerwy wchodzą doń tylko przez otwór szczytowy;

6. miazga jest najdoskonalszym narządem końcowym w ciele ludzkiem przez swoje umiejscowienie, budowę i otoczenie;

7. choroba nie jest zakaźna, mimo, że zarazki stale się znajdują w dotkniętych tkankach;

8. zmiany troficzne upośledzają odżywienie wyrostka zębodołowego na równi z chorobami przemiany materji i chorobami wyniszczającemi;

9. badanie zwierząt domowych (krów i koni) w miastach, zwierząt dzikich będących w zamknięciu, psów, odżywianych monotonnie, tudzież badanie żołnierzy w czasie wojen, wreszcie ludzi żyjących na znacznych

wysokościach, potwierdzają zapatrywania autora, że do przyczyn ropotoku zębodołowego należą: złe odżywienie, zaburzenia przemiany materji i zmiany troficzne;

10. badania drobnowidowe wykonane na materjale pochodzącym z krów, koni, małp, psów, świnek morskich, szczurów, wreszcie od ludzi cierpiących na gnilec, gruźlicę, krzywicę i wogóle choroby wyniszczające, tudzież na przewlekłe zatrucia, wykazują wszystkie jednakowe zmiany: najpierw zanik kości, następnie zapalenie dziąsła i tkanki łącznej, wreszcie zakażenie ropne,

11. osad kamienia na korzeniach nie jest „surowiczy“ (nie pochodzi z krwi), lecz powstaje z mas złuszczonych z zębodołu, będąc wynikiem a nie powodem choroby;

12. wyrostek zębodołowy jest prawie zawsze tkanką przedewszystkiem dotkniętą w zmianach odżywczych i chorobach wyniszczających.

Późniejsze badania licznych autorów nad witaminami potwierdziły poglądy autora. Miał on możność badania zwierząt, u których *Jackson* i *Moore* wywołali sztuczną awitaminozę i stwierdził prócz ochwiania zębów także zanik wyrostka zębodołowego tak znaczny, że zęby trzonowe można było z łatwością usuwać palcami. Nie wielkie nawet różnice sposobu odżywiania zwierząt mogą spowodować znaczne upośledzenie odżywienia tkanek, powodując choroby z niedoboru żywnościowego (deficiency diseases); podobnie ma się też sprawa u ludzi, którzy otrzymują wprawdzie odpowiednią ilość pokarmów, nie dostają jednak potrzebnych do należytej przemiany materji witamin.

Wychodząc z założenia, że zmiany troficzne, złe odżywienie, upośledzenie przemiany materji, autointoksykacje, zatrucia metalami i środkami farmakologicznemi stanowią przyczyny „gingivitis interstitialis“ i gnilca, podzielił autor w celach leczniczych chorobę na sześć stopni czyli grup:

1. osteomolacja senilis, odznaczająca się zanikiem kości bez objawów zapalnych; leczenia swoistego niema, tylko odpowiednia kontrola przemiany materji;

2. gingivitis interstitialis wskutek samozatrucia i zużycia tkanek; pierwsze objawy: bolesność pojedynczych zębów i zanik wyrostka;

3. gingivitis interstitialis z powodu nienależytego krążenia krwi. Leczenie: mięsienie odpowiednią szczoteczką;

4. gingivitis interstitialis z powodu zmian troficznych, złej przemiany materji i chorób wycieńczających;

5. niedokrewność dziąsła, charakteryzująca się zanikiem bez objawów zapalnych spowodowana zaburzeniami przemiany materji;

6. gingivitis interstitialis z powodu zatrucia metalami i środkami chemicznemi.

Poza leczeniem ogólnem należy we wszystkich wspomnianych grupach stosować leczenie miejscowe polegające na usunięciu kamienia, stosowaniu jodu i mięsieniu.

Do badania wpływu chorób z niedoboru żywnościowego najlepiej nadają się psy; 25% psów czteroletnich, 50% ośmioletnich, wszystkie psy 10-cio i 12-letnie wykazują zmiany w dziąsłach.

*

Każdy rok przynosi nowe badania w tej dziedzinie, rozszerzające znacznie horyzont dentysty, odkrywając nowe związki między chorobami jamy ustnej a ogólnemi; odpowiednio do tego winno wykształcenie dentysty doznać znacznego pogłębienia, by mu umożlwić wykonywanie zawodu.

DYSKUSJA:

Merritt: Nie należy mieszać pojęć „ropotok czyli gingivitis interstitialis" i „gnilec" (skorbut). Nie mają one nic wspólnego w etjologji i w leczeniu. Gnilec pochodzi z niedoboru żywnościowego i ma wprawdzie pewne podobieństwo do ropotoku, gdyż atakuje tkanki otaczające zęby, lecz ustępuje po odpowiednim uzupełnieniu dyjety. Ropotok natomiast jest chorobą przewlekłą, powoli postępującą, nie dającą się wyleczyć zmianą sposobu odżywiania, ani zmianą klimatu i trybu życia. Leczenie ropotoku zębodołowego musi być „chirurgiczne" a nie „terapeutyczne" i postępować po linjach wytyczonych już swego czasu przez *Riggsa*.

Stillman: Nazwa „gingivitis interstitialis" jest równie nieodpowiednią jak „Pyorrhea Alveolaris", gdyż dziąsło nie jest najważniejszą tkanką, dotkniętą w tem cierpieniu. Twierdzenie, że patologja wyrostka zębodołowego i ozębnej jest zawsze identyczna bez względu na etjologję, jest pozbawiona słuszności, przeciwnie *Box* wykazał badaniami drobnowidowemi 7 różnych postaci zapalenia dziąsła; pozatem różnice patologiczne wyrostka i ozębnej można wykazać roentgenogramem śródustnym.

Mc. Call: Niord i *Bixby* badaniami krwi wykazali stany niedodorowe jak również nadmiar pewnych substancyj odżywczych; przy ropotoku zębodołowym przyczynę częstszą niż niedobór żywnościowy stanowią szkodliwości miejscowe.

Dowe: Rogers poleca autohemoterapję, polegającą na wstrzykiwaniu własnej krwi chorego 2 razy tygodniowo.

Rhein: Akademja Periodontologiczna nie dała żadnego dotychczas pożytku i nie wyjaśniła ciemnej patogenezy ropotoku; w leczeniu wskazane jest przedewszystkiem indywidualizowanie.

Stewart: Samo leczenie „chirurgiczne" nie prowadzi do celu, trzeba także uwzględnić stan ogólny chorego. *Allerhand* (Lwów).

Wenker (Milwaukee). Torbiele zawiązkowe. (Follicular or Dentigerous Cysts. Sect. on Stom. 72. J. AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION 77. 1921. 24. 10. 1921 p. 1877 ryc. 6).

Sprawozdanie z dwóch przypadków operowanych torbieli zawiązkowych w szczęce dolnej: 1. u kobiety 27-letniej torbiel pochodząca od kła, 2. u mężczyzny 22-letniego od dwu dwuguzkowców. Operowano sposobem *Partscha II.* Szczegóły nie przedstawiają nic godnego zainteresowania.

DYSKUSJA:

Ivy: Torbiele korzeniowe żuchwy nie są tak częste w miejscu symphysis, lecz w okolicy dwuguzkowców i trzonowców, w górnej zaś szczęce na przednich zębach, gdyż te zęby najczęściej nie mają miazgi i torbiele mogą się rozszerzać. *Allerhand* (Lwów).

FELJETON.

DR. HENRYK ALLERHAND. LWÓW.

STUDJA STOMATOLOGICZNE GOETHEGO [1]).

Etudes stomatologiques de Goethe.

Pod powyższym tytułem ukazała się nakładem firmy księgarskiej Berlinische Verlagsanstalt mała książeczka (Stomatologisches bei Goethe. Von Dr. Walter Worm, Zahnarzt in Oels. (Oleśno) Berlin 1922). w której autor, wielki znawca i miłośnik Goethego, zebrał z dzieł uniwersalnego genjusza, czczonego przez cały świat cywilizowany, (przypomnę uwielbienie dlań Mickiewicza), ustępy odnoszące się do badań Goethego, obejmujących tematy stomatologiczne. Do nich należą: sprawa kości międzyszczękowej u człowieka, ulubiony temat Goethego, którym zajmował się niemal przez całe życie, od wczesnej młodości aż na krótko przed śmiercią, a oprócz tego opis zbioru nieprawidłowej kości słoniowej tudzież opis rzadkiego przypadku zatrzymania i przemieszczenia zęba ocznego.

Podczas pobytu swego w Sztutgardzie w r. 1787 miał Goethe sposobność oglądania bardzo ciekawego preparatu czaszki ludzkiej, który opisał w pracy: „Aus einer Reise in die Schweiz über Frankfurt, Heidelberg, Stuttgart und Tübingen im Jahre 1787“. W szczęce górnej znajdowały się po stronie lewej oba siekacze, pierwszy dwuguzkowiec, jeden trzonowiec i ząb mądrości, niezupełnie jeszcze wykłuty. Zębodół kła był pusty i mały, w miejscu zaś drugiego dwuguzkowca znajdowało się niewielkie zagłębienie bez zaznaczonego zębodołu. Przez jamę nosową widać było „wielką osobliwość“: ząb tkwiący mocno korzeniami w małej nierównej masie kostnej poniżej dolnego brzegu oczodołu w kierunku ku tyłowi i dołowi, którego korona była częściowo widoczna na podniebieniu tuż za przewodem siecznym (canalis incisivus). Wskutek „nienaturalnego zetknięcia“ uległa kość w tem miejscu próchnicy, przyczem był „wyżarty ubytek większy od korony“. Preparat pochodził od kobiety 19-letniej, zmarłej na suchoty. Wywiadami można było stwierdzić, że we wczesnej młodości zmarła doznawała bolu przy dotknięciu szczęki poniżej lewego oczodołu. Wrażliwość ta rozpościerała się z czasem coraz więcej wdół ku środkowi podniebienia, gdzie utworzył się „wrzód“, w którym dawało się wyczuwać ciało twarde; rodzeństwo zmarłej cierpiało na schorzenia kości. Ząb sam opisuje Goethe jako „nie tak zupełnie wykształcony, jak inne zęby przedtrzonowe, jego korzeń jest długi, pojedynczy, a korona niezupełnie szeroka“ i uważa go za drugi dwuguzkowiec. To tłumaczenie je-

[1]) Rzecz odczytana na Zebraniu Naukowem Związku dentystów Izby Lekarskiej Lwowskiej dnia 9. października 1923.

dnak nie bardzo jest prawdopodobne; niezwykła długość zęba, „niezupełnie szeroka“ korona, miejsce nieprawidłowego wykłucia poza przewodem siecznym tudzież pusty mały zębodół kła przemawiają bardzo za tem, że tym zębem właśnie był kieł. Sam Goethe też był pierwotnie tego zdania, lecz później, głównie z powodu obecności pustego zębodołu kła, oświadczył się za dwuguzkowcem. „Zębodół pusty twierdził, dowodzi, że kieł wkrótce po drugiem zębowaniu wypadł“. Nieznana mu była jeszcze okoliczność, że zębodoły po wypadnięciu zębów ulegają zanikowi. Ponieważ kobieta zmarła, mając lat 19, przeto, gdyby kieł rzeczywiście wypadł był wkrótce po swem wykłuciu, z zębodołu nie pozostałoby ani śladu; należałoby chyba przypuścić, że czas wykłucia tego zęba przypadł w okresie znacznie opóźnionym i niebawem potem wypadł na krótko przed śmiercią — przypuszczenie bardzo nieprawdopodobne. Mały zębodół nie dowodzi, jak przypuszczał Goethe, wczesnej utraty stałego, lecz pozostawania na stałe mlecznego kła, który albo na krótko przed śmiercią został usunięty, lub może już z preparatu zaginął. (Uważając wraz z Goethem przemieszczony ząb za drugi dwuguzkowiec, należałoby przyjąć pozostawanie na stałe kła mlecznego przy braku zawiązka dla stałego). Również drugi dwuguzkowiec i jeden trzonowiec prawdopodobnie albo zostały usunięte, albo wogóle brakły. „Gdyby ustalono trafne rozpoznanie, powiada Goethe, to można było chorą z łatwością operować i ząb wyciągnąć. Czy dałoby się jej przez to życie uratować, jest rzeczą bardzo wątpliwą z uwagi na cierpienie ogólne. Szkoda, że zachował się tylko ten interesujący fragmentaryczny preparat, brak niestety drugiej połowy szczęki górnej, lub, jeszcze lepiej, całej czaszki, gdyż możnaby zbadać i porównać także inne części kośćca czaszkowego“.

Druga publikacja stomatologiczna Goethego dotyczy zbioru chorobowo zmienionej kości słoniowej. (Betrachtungen über eine Sammlung krankhaften Elfenbeins) napisana w r. 1798, a ogłoszona drukiem i opatrzona komentarzem w r. 1823 w czasopiśmie przyrodniczem „Morphologische Hefte“. W przeciągu kilku lat zebrał Goethe wypiłowane przy obróbce kości słoniowej, postrzelone kawałki kłów słoniowych, na których badał wywołane wtargnięciem pocisku zaburzenia tkanek i ich odczyn, zmierzający do naprawy uszkodzenia. Zbiór obejmował 20 numerów, z których 13 zostało szczegółowo opisanych.

Badając poszczególne kawałki, stwierdził Goethe ze zdziwieniem, że dążność do naprawy i odnowy zachodziła tylko wtedy, gdy rana postrzałowa sięgała głęboko, natomiast nie było jej, gdy kula utkwiła w kle słonia powierzchownie. Zdziwienie to pochodzi stąd, że Goethe zupełnie nie wiedział o istnieniu miazgi zębowej, jej znaczeniu dla żywotności zęba i zdolności reparacyjnej. Nie wspomina on o tym narządzie ani słowem, a mówiąc o komorze miazgowej, określa ją jako „tylną, wydrążoną część kła“, albo „wewnętrzne wydrążenie“. „Ząb słonia, powiada, stanowi u nasady cienką, pustą wewnątrz pochewkę“. Goethe zauważył wprawdzie, że sprawa rozwija się tylko przy głębokiem przeniknięciu kuli, i że ma skłonność do rozwoju ku stronie wewnętrznej, a nigdy ku stronie zewnętrznej, lecz nie znając funkcji miazgi i nie wiedząc wogóle o jej istnieniu, tłumaczył zmiany spostrzegane jako zastój i skrzepnięcie soków zębiny. Przytem musimy sobie uprzytomnić, że poglądy Goethego odpo-

wiadają poglądom ówczesnym, które nie znając jeszcze istnienia komórki (cellula), dalekie były od „patologji celularnej“, lecz tkwiły jeszcze zupełnie w pojęciach „patologji humoralnej“. Daleką ona była od naszych dzisiejszych wiadomości, na podstawie których przypisujemy sprawę reparacyjną w postrzelonych kłach słonia czynności miazgi i ozębnej, zgodnie z poglądami *Campera, Cuviera, Owena, Wedla, Tomesa, Lawrence'a, Millera, Buscha*. Nowowytworzenie zębiny, jako odczyn na wtargnięcie pocisku, może tylko wtedy nastąpić, jeżeli pocisk dostaje się aż do miazgi lub w jej najbliższe sąsiedztwo, powodując jej podrażnienie; warstwa komórek zębinotwórczych, posiadających zdolność wytwarzania miazgi, zostaje wtedy pobudzona do wytwórczości nowej zębiny. Goethemu przedstawia się ta nowa zębina, jako masa skrzepła, bardziej prześwietlająca od reszty, brunatnawo zabarwiona, otaczająca kulę ze wszystkich stron. „Skrzepnięcie“ nie ogranicza się zawsze do bezpośredniego sąsiedztwa ciała obcego, lecz czasem dają się stwierdzić w pewnej odległości od głównej siedziby choroby i pozornie bez związku z nią przeźroczyste punkty ziarniste, mający wygląd „materji ściętej, zwarzonej, zastygłej“. Zębina w ich sąsiedztwie wygląda białawo, mlecznie, podczas gdy reszta zębiny ma zdrowy, piękny wygląd. Niektóre preparaty zawierają wśród zębiny jamki, niekiedy wyścielone delikatną błoną, niektóre z nich są wypełnione drobnemi brodaweczkami kostnemi. Jamki te pochodzą prawdopodobnie od drobnych otorbionych ropni.

Wyniki swych badań streszcza Goethe w sposób następujący: Zaburzenie wywołane w substancji kła wtargnięciem ciała obcego powoduje zastój i skrzepnięcie soków, rozszerzające się coraz bardziej wszerz i wzdłuż. Główne siedlisko skrzepnięcia tworzy razem z oddalonemi odosobnionemi punktami skrzepłemi obszar chorobowy, zawarty w spółśrodkowych (koncentrycznych) promieniach, przetkanych drobnemi jamkami. Część zdrowa oddziela się od chorej i kładzie kres jej rozprzestrzenianiu się. Chore części kości słoniowej zdają się później częścią „same wysychać, częścią pod wpływem części zdrowej zwolna znowu gromadzić, pozostając jednak zawsze ciałem obcem i odosobnionem“.

Prócz tych dwóch monografji udało się *Wormowi* zestawienie z dzieł Goethego 28 ustępów dotyczących sprawy istnienia kości międzyszczękowej u człowieka. Tylko kilka z nich stanowi rzeczywiste prace naukowe o treści stomatologicznej, większość — to krótkie, czasem tylko kilka lub kilkanaście wierszy obejmujące wzmianki i notatki rozsiane w przyrodniczych i ogólnych pismach Goethego. Główny ich temat stanowi stomatologja ludzka i zwierzęca w najogólniejszem tego słowa znaczeniu, tudzież anatomja porównawcza.

Goethe miał wielki udział w „Fizjognomice“ *Lavatera* (Physiognomische Fragmente zur Beförderung der Menschenkentnis und Menschenliebe. 1775—1778). Następujący ustęp przypisuje mu *Virchow:* „Nie można zbyt wiele studjować sposobu otwierania ust. W nim tkwi, zdaje mi się, najwyższa charakterystyka całego człowieka. Cała naiwność, czułość, męskość duszy wyraża się tu. O tym rozmaitym wyrazie możnaby napisać foljanty i trzeba to pozostawić bezpośredniemu uczuciu tych, którzy studjują człowieka. Mięśnie dookoła ust ust są, zdaje mi się, najbliższe siedliska duszy, tu najmniej może człowiek udawać. Dlatego najbrzydsza

twarz staje się przyjemną, gdy posiada jeszcze dobre rysy wkoło ust, a przeciwnie prawidłowo odczuwającemu człowiekowi nic w naturze nie może sprawić tak nieprzyjemnego wrażenia, jak skrzywiona gęba". Na równi z *Lavaterem* uważał Goethe układ kostny za „podstawowy rysunek człowieka, czaszkę za fundament układu kostnego, a wszystko mięso prawie tylko za koloryt tego rysunku". W ten sposób studja fizjognomiczne stanowiły u Goethego przejście do zajęcia się osteologją.

W jesieni r. 1781 począł u *Lodera* w Jenie studjować anatomję ludzką i w związku z tem i zwierzęcą i wkrótce umiał osteologję „na palcach", znał doskonale nazwy wszystkich kości ludzkich i zwierzęcych i ich części składowe, przyczem nabrał szczególnego zamiłowania do morfologji porównawczej, które mu towarzyszyło przez całe życie.

„Alle Gestalten sind ähnlich und keine gleichet der andern;
Und so deutet das Chor auf ein geheimes Gesetz,
Auf ein heiliges Rätsel".

(Jedna drugiej podobna jest postać, lecz nigdy nie równa,
Chór ich wskazuje nam zgodnie prawo jakoweś tajemne,
Świętą jakoby zagadkę).

To jest pierwszą myślą i ostatnią konkluzją morfologicznej mądrości Goethege i to prawo, tę zagadkę śledzi on w całem swem badaniu przyrody. Ogólna analogja postaci przy pewnych modyfikacjach szczegółów: oto zasadnicze prawo przyrody, uznawanie przezeń w studjach anatomoporównawczych za niewzruszone i wszechwładne, a którego ślady stara się odnaleść w różnorodnej mieszaninie szczegółów. Przejęty tą myślą stara się w swych badaniach osteologicznych z największym zapałem i wytrwałością o ustalenie ogólnego typu, schematu, „któremu podporządkowaćby można zarówno ludzi, jak i zwierzęta, z którym porównywaćby można klasy, rodzaje i gatunki i według którego możnaby je oceniać". Ten typ jest obrazem idealnym, w którym przedstawione są wszystkie części znajdujące się w pewnej grupie istot pokrewnych.

W pracy: „Erster Entwurf einer allgemeinen Einleitung in die vergleichende Anatomie, ausgehend von der Osteologie 1795", naszkicował Goethe schematy mające służyć do ustalenia tego typu. Na pierwszem miejscu kreślą one jako najprzedniejsze części ciała zwierzęcego kości międzyszczękowe, szczękowe i podniebienne, (ossa intermaxillaria, maxillae superioris et palatina), wypowiadające najdobitniej charakter zwierzęcia z powodu wpływu, jaki wywierają na sposób odżywiania. W poetyckiej postaci wypowiada tę myśl niejednokrotnie poźniej, tak n. p. w „Metamorphosen der Tiere 1819"

„So ist jeglicher Mund geschickt die Speise zu fassen,
Welche dem Körper gebührt; es sei nun schwächlich und zahnlos
Oder mächtig der Kiefer gezähnt, in jeglichem Falle
Fördert ein schicklich Organ den übrigen Gliedern die Nahrung".

(Każde usta dokładnie umieją pokarm uchwycić,
Ciału należny; czy słaba, bezzębna szczękaby była,
Czy też w potężne zębyli strojna, w każdym przypadku
Strawa przez narząd sposobny ciału przypada w udziele).

Szczęka górna (maxilla superior) obejmuje pars palatina s. horizontalis, pars lateralis s. perpendicularis i margo s. pars alveolaris. Zęby: kły proporcjonalnej wielkości, zaostrzone, tępe, zaokrąglone, skierowane w górę lub w dół. Zęby trzonowe: pojedyncze i zaostrzone lub złożone i szerokie z koronami, których wewnętrzna blaszka kostna skierowana jest w tym samym kierunku, co zewnętrzna, trójspiczaste, płaskie. Otwór podoczodołowy (for. infraorbitale) znajduje się albo tylko jako otwór, lub też jako przewód różnej długości z ujściem na powierzchni twarzowej; czasem jest podwójny.

Żuchwę rozpatruje Goethe zupełnie oddzielnie, uważając ją za narząd pomocniczy, podobnie jak kończyny górne i dolne.

Założeniem Goethego przy badaniach osteologicznych było istnienie wszystkich części kośćca u wszystkich zwierząt, (przynajmniej o ile wchodziły w zakres jego badań); czasem nie możemy wprawdzie odnaleść widomego znaku ich obecności, gdyż łudzą nas braki lub niezwykła postać szwów kostnych, lub one giną, pozostawiając ledwo dostrzegalny ślad, lecz mimo to są obecne. Musimy te części odszukać oczyma ducha „bez których, jak wszędzie, tak przedewszystkiem w badaniu przyrody błądzimy pomacku“.

Uprawiając w tym przyrodofilozoficznym duchu swe studja porównawcze, odkrył Goethe wreszcie w marcu 1784 kość międzyszczękową u człowieka, o czem z radością i triumfem donosi natychmiast przyjaciołom swym *Herderowi* i pani *von Stein*.

Sprawa istnienia kości międzyszczękowej u człowieka była kwestją otwartą od czasów *Galena:* najwybitniejsi anatomowie zabierali w tej sprawie głos, oświadczając się za i przeciw. Wzmianki o niej znajdowały się już u *Wezaljusza* i *Winslowa*, z późniejszych *Vick d'Azyr* wspomina o niej. Natomiast inni wybitni anatomowie, *Blumenbach, Camper*, stanowczo przeczyli jej istnieniu u człowieka; *Camperowi* przesłał Goethe swą pracę w tłumaczeniu łacińskiem wraz z miedziorytowemi tablicami, lecz spotkał się naturalnie z bardzo ujemną krytyką. Ale niezrażony tem trwał dalej przy swej koncepcji i gromadził na poparcie swej teorji ciągle nowe dowody: obecność wystającej kości międzyszczękowej przy wilczej paszczy, tudzież ślady obecności odrębnej kości międzyszczękowej u płodów i dzieci w burdzo młodym wieku; przytem zbierał całe kolekcje czaszek zwierzęcych szukając w myśl swych poglądów „okiem ducha“ szwu międzyszczękowego tam, gdzie go realnem okiem spostrzec nie mógł, o czem znajdujemy liczne wzmianki w późniejszych jego pismach.

Kość międzyszczękowa odgrywa wielką rolę jeszcze w drugiej teorji Goethego: pochodzenia kości czaszkowych z sześciu przekształconych kręgów, przyczem od jednego z tych kręgów ma pochodzić właśnie kość międzyszczękową. Niezależnie od Goethego podał taką samą teorję *Oken* w r. 1807 i utrzymała się ona przez długie lata, tak, że nawet *Virchow* przyznaje, że opierając się na niej, zdołał rozwinąć swe tezy, podane w pracy p. t. „Entwicklung des Schädelgrundes“.

Dopiero nauka współczesna, głównie na podstawie podanej przez *Gegenbaura* teorji odcinków (Segmenttheorie), odrzuciła definitywnie teorję Goethego i Okena w jej ogólnej postaci, przyznając jej jedynie prawo bytu w odniesieniu do kości potylicznej (os occipitale).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

REVUE BELGE DE STOMATOLOGIE. **20.** 1923. (kwartalnik).

Nr. 1.

Brabant: Zaburzenia mowy a stomatologja. — *Oury*: Teorje próchnicy zębowej. — *Polet*: Leczenie przekrwienia miazgi i ozębnej. — *Polet*: Brak zębów mlecznych i wnętrostwo. — *Van Der Ghinst*: Leczenie złamań żuchwy. — *Fauconnier*: Nieprawidłowości liczebne zębów nadmiarowe.

Nr. 2.

Beule: O leczeniu nerwobolu twarzowego. — *Brabandere*: Podróż naukowa do Stanów Zjednoczonych. — *Lecrenier*: Kieł zatrzymany. — *Lecrenier*: Dziąślak złośliwy. — *Van Der Ghinst*: Torbiel szczęki górnej nad zębem usuniętym przed 6 laty. — *Brabant*: O leczeniu ciężkich krwotoków po wyjęciach zębów.

Nr. 3.

De Beule Fr.: Krytyka leczenia nerwobólu twarzowego (zakończ.) — *Doskow et Allaeys*: Amalgam w praktyce codziennej. — *Matagne*: Uwagi nad leczeniem raka języka (zak.)

Nr. 4.

Polus: Stan obecny leczenia korzeni. — *Coster*: O mierzeniu nieprawidłowości szczękowych. — *Fargin-Fayolle*: Stomatologja w r. 1923. (Referat zbiorowy).

LA REVUE DE STOMATOLOGIE. **25.** 1923.

Nr. 8.

Rousseau-Decelle: Torbiel żuchwy znacznych rozmiarów. — *Lemaitre, Ruppe*: Nabłoniaki żuchwy w obrazie roentgenologicznym. — *Kriczewski, Séguin*: Bakterjologja wstecznego zapalenia miazgi. — *Pietkiewicz*: Ropowica kostna żuchwy u trędowatego. — *Bloch*: Pęcherzyca ustna. — *Raison*: Zęby a siwizna.

Nr. 9.

Retterer: O czynnikach wpływających na budowę zębów. — *Lhirondel*: Przypadek promienicy policzka. — *Duchange*: O leczeniu złamań szczękowych.

Nr. 10.

Lebedinski, Puig: Zanik żuchwy; stan wrzekomy gałęzi poziomej. — *Bercher, Puig*: Zanik połowiczny żuchwy. — *Merville*: O przewodach Aguilona de Sarrana. — *Lacronique*: Błędy rozpoznawcze w tłumaczeniu roentgenogramów. — *Texier, Levesque*: Ropień podstawy języka u noworodka. — *Marshall*: Zaburzenia odżywiania a próchnica.

Nr. 11.

Aubert: Histogeneza zębów. — *Chateau*: Technika wycisków. — *Waton*: Nerwoból twarzowy pochodzenia zębowego. — *Leclerc*: Przewlekłe zatrzymanie śliny przyusznej.

THE DENTAL COSMOS. **65.** 1923.

Nr. 9.

Carol-Montfort: Unerwienie zębów. — *Heath*: Współzależność roent. pat. kości szczęk. i wtórnych zakażeń. — *Harris*: Boczne uderzanie zębów przy ostrych zapaleniach dziąseł. — *Miller*: Estetyczna chirurgja szczęk. — *Haderup*: Uniwersalny przyrząd ustalający. — *Brody*: Ważność higjeny ustnej przy gruźlicy. — *Schwartz*: Wstrzykiwania przy dwuguzkowcach dolnych. — *Silverman*: Wstrzyknięcia do nerwu szczękowego górnego. — *Jackson*: Przyrządy ortodontyczne. — *Goldman*: Ziarniniaki. — *Moore*: Akriflawina obojętna. — *Jones*: Cement wyrównawczy.

Nr. 10.

Arnone: O promieniach pozafiołkowych. — *Müller*: Peritomja dziąsła. — *Beust*: Czy ząb wymiażdżony jest zębem martwym? — *Bell*: Histologja patologiczna narządu szkliwnego. — *Chauvin*: Dentystyka szkolna. — *Berger*: Chirurgja uproszczona. — *Maier*: Termiczne znieczulanie zębiny. — *Merritt*: Zęby bezmiazgowe. — *Kells*: O leczeniu korzeni.

Nr. 11.

Rudd: Sporządzanie częściowych dostawek. — *Davis*: Ortodoncja. — *Planter*: Związek między odżywianiem a stanem jamy ustnej. — *Stallard*: O nieprawidłowościach szczękowych. — *Reeves*: O porcelanie. — *Frankel*: O znieczulaniu. — *Sawyer*: Nerwobole spowodowane zmianami miazgi zębów żywych. — *Tishler*: Dentystyka zapobiegawcza. — *Stowell*: O zębach bezmiazgowych. — *Hyatt*: O szczelinach i bruzdach zębowych. — *Keyes*: Osteo-sarcoma maxillae. — *Kells*: O przygotowaniu pola operacyjnego. — *Ziegler*: Ciekawy przypadek protetyczny. — *Nitschke*: O prowadzeniu zakładu.

Nr. 12.

Bastian: Korony porcelanowe wykonane sposobem pośrednim. — *Gunter*: Bole mające źródło w jamie nosowej i ustnej. — *Goodman*: Salwarsan w praktyce dentystycznej. — *Wasserman*: Wkładki szpilkowe jako sposób przymocowania przednich mostków. — *Bluhm*: Dentystyka zapobiegawcza w szkołach publicznych. — *Elphinstone*: Umocowanie dostawek. — *Hellman*: Zębowanie i jego wpływ na zgryz. — *Gebhardt*: Rozwój i wzrost włoskich dzieci w Nowym Jorku. — *Stanley*: Gimnastyka nosowa. — *Nitschke*: Niebezpieczeństwo preparatów służących do bielenia i czyszczenia zębów. — *Kells*: Praktyka dentystyczna kliniki Mayo. — *Anthony*: Stosunek dyety do rozwoju narządu żucia.

ZUBNÍ LÉKAŘSTVÍ 23. 1923.

Nr. 1.

Neuwirt: Zapalenie szpiku kostnego żuchwy pochodzenia zębowego. — *Kostečka*: Gruźlica śluzówki ustnej. — *Černy*: Nowe zęby Asha „Helical".

Nr. 2.

Jesenský: O lanych wkładkach metalowych. — *Dwořak*: Replantacja zębów dotkniętych ostrem zapaleniem ozębnej. — *Lederer*: O leczeniu wrażliwej zębiny.

Nr. 3.

Neuwirt: Sztywność stawu żuchwowego. — *Kostečka*: Lingua nigra villosa.

Nr. 4.

Wachsmann: Podział nieprawidłowości szczękowych. — *Wachsmann*: Regulacja u 25 letniego mężczyzny.

Nr. 5.

Bělohlávek: Zębolecznictwo w Czechach w pierwszej połowie XIX wieku.

Nr. 6.

Přibyl: Sztuczne zniekształcenie uzębienia.

Nr. 7.

Braun: Trzeciorzędna kiła żuchwy.

Nr. 8.

Kostečka: O kamfenolu.

Nr. 9.

Neuwirt: Chirurgiczne leczenie ropotoku. — *Černy*: Anodontia.

Nr. 10.

Kostečka: Melanosarcoma palati duri. — *Lederer*: Periodontia zębów replantowanych.

Nr. 11.

Kostečka: Flora drobnoustrojowa jamy ustnej.

Nr. 12.

Jesenský: O zrostach zębowych. — *Ganz*: Niedomagania praktyki dentystycznej.

TANDLAEGEBLADET. 27. 1923.

Nr. 1.

Neumann: Doszczętne leczenie chirurgiczne ropotoku zębodołowego. — *Joergensen*: Praktyka dentystyczna w Grenlandji.

Nr. 2.

Bjerregard: Rozpoznanie i leczenie różniczkowe ropotoku zębodołowego.

Nr. 3.

Melchior: Wzmożenie działania znieczulającego nowokainy przez dodatek siarkanu potasowego.

Nr. 4.

Clausen: Nowe punkty widzenia w ortodoncji.

Nr. 5.

Hertz: O patologicznych objawach pochodzących od dolnego zęba mądrości. — *Toverud*: Stosunek współczesnego dentysty do medycyny.

Nr. 6.

Haderup: Przyrządy ustalające ochwiałe zęby. — *Türkheim*: O barwieniu szkliwa. — *Prinz*: O wyjaławianiu przewodów korzeniowych.

Nr. 7.

Budtz-Joergensen: Trwałe wyniki regulacji zębów. — *Mamlok*: Przyczynek do etjologji ropotoku zębodołowego.

Nr. 8.

Ruhe: Zastosowanie metalu „Rex" w protetyce.

Nr. 9.

Jevanord: Lane korony i mostki.

Nr. 10.

Orban: Obecny stan nauki o witaminach i ich znaczeniu dla zębów. — *Prinz*: *Fauchard* i jego dzieła. — *Stürup*: Projekt ustawy o lekarzach i dentystach szkolnych.

Nr. 11.

Pięćdziesięcioletnie jubileuszowe zebranie Związku dentystów duńskich.

Nr. 12.

Budtz-Joergensen: Wytrzymałość mostków.

Redakcja otrzymała: *A)* Czasopisma: 1. Przegląd Dentystyczny. — 2. Kronika Dentystyczna. — 3. Polska Gazeta Lekarska. — 4. Postęp Lekarski. — 5. Nowiny Lekarskie. — 6. Ruch Filozoficzny. — 7. Przyroda i Technika. — 8. Biologja Lekarska. — 9. Lekarz Wojskowy. — 10. Ognisko Drukarskie. — 11. Medycyna Doświadczalna i Społeczna. — 12. Zubní Lékařství. — 13. La Therapeutique Dentaire. — 14. Revue Belge de Stomatologie. — 15. L'Odontologie. — 16. L'Orthodontie Francaise. — 17. F. D. I. Bull. de la Com. de Docum. 1. 1923. Nr. 2, 3. — 18. The Dental Magazine. — 19. The Dental Cosmos. — 20. Tandlaegebladet. — 21. Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde. — *B)* Książki i broszury: 1. *Ivy, Ennis:* Interpretation of Dental and Maxillary Roentgenograms. II. ed. St. Louis. Mosby Co. — 2. International Dental Federation. Report of the Meeting Held in Madrid, Sept. 4—7. 1922. — 3. *Ordower Karol* i *Maksymiljan:* Technika dentystyczna. Lwów. 1923. Księgarnia Naukowa. str. 226, ryc. 188. — 4. *F. D. I.:* Comission de Bibliographie et de Documentation. Manuel pour la Classification Décimale des Écrits et Documents Relatifs á la Stomatologie et á l'Odontologie. 1920.